الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

جامعة الجزائر

معهد علم النفس و علوم التربية

الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري: استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي

رسالة ماجستير في علم النفس العيادي

إعداد :

فا/ز. إزروق

إشراف :

الدكتور : رشيد مسيلي

السنة الجامعية : 1996 - 1997

الإهداء

إلى من منحاني حقي في العلم
و المعرفة ، و شجعاني على ذلك ،
بكل ما يملكان من جهد و قوة :
"والـــديا الكريمين" ،
و إلى سندي القوي ، أخــي الوحيد
"جـــمـــال" :
أهــدي ثــمـــرة هـــذا الــجــهــد.



تحية عرفان و تقدير ، الى كل من ساهم في إنجاز هذا البحث ، آكان من بعيد أو من قريب ، و على رأسهم الأستاذ المشرف : (د). رشيد مسيلي ، دون ان ننسى المشرفين على العيادة المتعددة الخدمات ، و على رأسهم الدكتور : ن. إزروق ، القائم على عملية مراقبة مرضى السكري بالعيادة ، على كل التسهيلات التي قدمها بهدف إنجاز هذا البحث.

فهرس المحتويات :

الفصل الثالث : مفهوم التقدير المعرفي

الفصل الرابع : مفهوم المقاومة

الفصل السادس : تناولات العلاج

الباب الثاني : الجانب النظري

الفصل الأول : العينة – وسائل القياس و تصميم البحث

الفصل الثاني : طريقة اجراء البحث ، نتائج البحث ، و مناقشة عامة للنتائج

أولا : المقدمة

داء السكري [Diabetes] مرض عضوي مزمن ، واسع الإنتشار ، بين مختلف الفئات العمرية في مجتمعنا . يتميز بارتفاع مستوى السكر في الدم ، كعرض إكلينيكي أساسي . و كما لا يخفى، فان هذا المرض يتطلب نظاما علاجيا صارما ، تتوقف فعاليته على مدى التزام المريض اتجاه التعليمات العلاجية المفروضة عليه من جهة ، و على مدى إدراكه و وعيه بأهمية تلك التعليمات من جهة أخرى . كما أن عملية الإلتزام و المواظبة على العلاج ذاتها ، تتطلب احترام سلم مكثف من المسؤوليات الطبية من طرف المريض اتجاه نفسه و مرضه على حد السواء ، كضبط نسبة السكر في الدم ، و تعاطي حقن الأنسولين و ممارسة التمارين الرياضية الخاصة ، بصفة مستمرة و منتظمة ،و هو الشيء الذي يمكن أن يقود إلى شعور بالضغط النفسي ، و بالصعوبة في مسايرة المرض و متطلباته ، و عليه ، يمكننا القول أن مرض السكري ، يشكل وضعية ضاغطة ، من المحتمل أن تنجر عنها صعوبات سيكولوجية ،(كالشعور بالقلق ، و سرعة الغضب ، و التقدير المنخفض للذات بدافع من الاحساس بالعجز و قلة الفعالية) بالإضافة إلى المشكلات الجسدية التي يسببها ، الأمر الذي يحتمل أن يعرقل عملية التوافق السيكولوجي مع تلك الوضعية الضاغطة المزمنة .

و في هذا الشأن يرى [Zarit.z.H , 1980] أن الضغط الذي مصدره الأمراض المزمنة ، يمكن أن يعجل في ظهور تدهورات على مستوى الصحة ، و أن أثر هذه التدهورات على التوافق السيكولوجي يمكن أن يكون عميقا .

كما توصل كل من [Tamow & Silverman , 1981-1982] ، إلى أن الضغط الناتج عن الوضعية الإصابة بمرض السكري ، يمكن أن يؤثر على عملية تنظيم الأيض [metabolic control] . و تعتبر طبيعة المرض بصفة عامة ، فيجعل التعامل معه ، و مع ما يفرضه من وضعيات صعبة ، أمرا شاقا على المصابين به ، و يمنعهم من تحقيق توافق سيكولوجي معه . إذ نجد من المصابين من يتوصل إلى تحقيق مستوى من التوافق السيكولوجي مع المرض ، من خلال طريقة تعامل خاصة مع الضغط الذي يشعرون به حسب هذه الوضعية من المرض ، في حين يعجز البعض الآخر عن إيجاد طريقة ملائمة للتعامل مع ذلك الضغط .

و من هذا المنطلق ، جاءت فكرة تصميم هذا البحث الذي يهدف إلى ابراز أثر وضعية الإصابة بداء السكري كوضعية ضغط نفسي اجتماعي (بما تحمله من ظروف إكلنيكية خاصة) على المصابين به ، و إلى الكشف أيضا عن الكيفيات و الأساليب المختلفة التي يتعامل بها هؤلاء مع مرضهم ، بغرض مقاومة ذلك الضغط الذي يشعرون به . و إذا علمنا أن التفاوت في درجة أو في مستوى التوافق السيكولوجي مع الضغط النفسي الاجتماعي الذي ينشأ عن الإصابة بالسكري ، بين مختلف المصابين به ، يرجع إلى الكيفية التي يعالج بها هؤلاء ذلك الضغط ، فإننا نعتقد بضرورة وجود تكفل نفسي بالمصابين بالسكري كجزء أساسي في خطة العلاج المطبقة عليهم و ذلك بغرض الرفع من فعالية العلاج الطبي المقدم لهم ، و تحسين استجابتهم لذلك العلاج ، من خلال مساعدتهم على تجاوز الضغط السيكولوجي الذي يشعرون به ، من خلال تمكينهم من إيجاد طريقة أكثر ملائمة و تكيفا في التعامل مع هذا المرض ، و هو ما يهدف إليه هذا البحث .

و للتطرق لكل هذه الجوانب ، قسمنا بحثنا إلى جزئين كبيرين ، جزء نظري ، و آخر تطبيقي ، و قد تضمن الجزء النظري ستة (06) فصول ، بينما تضمن الجزء التطبيقي فصلين اثنين.

و قد تطرقنا في الفصل الأول من الجانب النظري إلى طرح الإشكالية و الفرضيات بعد عرضنا لدوافع البحث . ثم انتقلنا بعد ذلك إلى الحديث عن الجانب الطبي لمرض السكري ، تعريفه ، أنواعه ، و مضاعفاته . أما الفصل الثاني فقد خصصناه للحديث عن مفهوم "الضغط" كمتغير أساسي أول من متغيرات هذه الدراسة . و خصصنا الفصل الثالث ، للمتغير الثاني ، "التقدير المعرفي" ، فتحدثنا عن مفهوم التقدير أولا ، ثم عن النظرية المعرفية للضغط و المقاومة التي يحضى فيها التقدير المعرفي باهتمام كبير، أما الفصل الرابع فقد خصصناه لمفهوم المقاومة ، المتغير الثالث في هذه الدراسة . و قد تعرضنا إلى أهم التناولات الخاصة بهذا المفهوم الكلاسيكية منها والحديثة . كما تحدثنا في هذا الفصل أيضا عن المقاومة كسيرورة ، عن وظائف المقاومة المتعددة و العلاقة بينها ، و عن مصادر المقاومة ، و فعاليتها .

و في الفصل الخامس من الجانب النظري ، تحدثنا عن دور المقاومة في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن عامة ، و مع مرض السكري خاصة . أما الفصل السادس و الأخير ، فقد خصصناه لعرض أهم تناولات العلاج ، أهدافها و تقنياتها العلاجية و الإفتراضات التي تقوم عليها ، كتناول التحليل النفسي للعلاج ، التناول السلوكي ، و التناول المعرفي .

أما الجزء التطبيقي من الدراسة فإنه يحتوي على فصلين اثنين ، خصصنا لعرض المنهجية المتبعة (العينة ، الوسائل التقنية المستعملة ، تصميم البحث و النموذج العلاجي المطبق و مراحله) , الحالات المدروسة حالة بعد حالة بكل الخطوات المتبعة (تقديم الحالة , عرض النتائج ، التعليق عليها و مناقشتها) ثم مناقشة عامة لكل نتائج البحث ، فالخاتمة و الإقتراحات .

و تحتوي الرسالة على جزء خاص بالملحقات فيه عرض لكل الوسائل التقنية المستعملة بما فيها دليل المقابلة دون أن ننسى طبعا الجزء الخاص بالمراجع التي استفيد منها في هذه الدراسة .

ثانيا : الإشكالية و الفرضيات :

يعد داء السكري (Diabetes) واحدا من أكثر الأمراض انتشارا وحدة بين الناس(La porte & Tajima . 1985) إذ قدرت نسبة الإصابة به بين 1 و 3 ٪، و هي نسبة في تزايد مستمر في العديد من نقاط العالم (Slonska.Z . 1986) .كما أنه مرض عضال يمكن أن يدوم مدى الحياة ، و هو بذلك يتطلب علاجا صارما ، و حمية متعددة المظاهر (Multifaced diatory) لمحاولة المحافظة على توازن نسبة السكر في الدم ، أو كما يعبر عنه طبيا بعملية ضبط الأيض (Metabolic Control)

بالإضافة إلى هذا ، فإن لمرض السكري تعقيدات و مضاعفات جدية و خطيرة على مستوى معظم الأجهزة الداخلية ، و التي نذكر من بينها ، (الإضطرابات القلبية ، البصرية ، و الكلوية)

و إلى جانب هذه المشاكل الصحية التي يطرحها مرض السكري ، فاننا نراه يشكل أيضا وضعية ضغط (Stress) صعبة ، تنعكس على نمط حياة المصابين به . و قد أكد هذا الأمر ما توصلت إليه دراسة (Slonska.Z . 1986) من نتائج ، و التي تم عرضها في مقال (Lignowska . I . 1989) ، إذ بينت هذه النتائج ، أن الإصابة بداء السكري ، تشكل وضعية ضغط على المصابين به ، فتؤثر على مواقفهم و سلوكاتهم اليومية ، و تضعهم موضع مواجهة شبه دائمة مع صعوبات في التعامل اليومي مع ظروف الحياة ، و مع مواقفها المختلفة . كما بينت هذه النتائج أيضا أن لمرض السكري مضاعفات على المستوى النفسي ، تتمثل في (القلق ، سرعة الغضب ، التقدير الواطي للذات ، و اتخاذ المرض كحجة في التعامل مع مواقف الحياة) .و لهذا السبب ، فإن الإهتمام بالبحث حول مرض السكري لم يقتصر على الجانب الطبي البحت ، بل امتد أيضا إلى دراسة المتغيرات المحيطية (Contextual variables) المرتبطة بهذا المرض ، لإبراز أثره على النشاط النفسي الإجتماعي للمصابين به .

و في هذا الشأن ، و قصد الكشف عن مدى معاناة المصابين بداء السكري ، من الصعوبات النفسية الإجتماعية، صممت دراسة في (1981)حيث طبق استبيان على عينة تتكون من (343) مصاب ، في عيادات بولونية ، تتراوح أعمارهم بين 42 و 55 سنة ، و تبين من خلال تحليل الإستبيان أن المشاكل التي تعاني منها هذه الفئة ، أثناء قيامها بنشاطاتها الإجتماعية ، تزداد كلما ارتفعت أو تضاعفت المسؤوليات العلاجية لديها ، و كلما ارتفعت درجة الضغط (stress) المرتبط بالظروف الإكلنيكية لهذا المرض . (Cited in Lignowsaz.I , 1989) .

و في دراسة أخرى أقامها الباحث (Armostrong , 1987) حول الضغط النفسي الإجتماعي لمرض السكري ، على عينة من المصابين به ، تبين أن التعامل الذاتي (self-management) لأفراد هذه العينة مع مرضهم يشكل مصدرا لضغط نفسي معتبر بالنسبة لهم ,

و على ذكر مصطلح "الضغط (stress) "، نشير إلى أن المصابين بأمراض مزمنة ، يعانون عادة من الضغط النفسي ، حتى و إن اختلفت استجاباتهم التعاملية مع المرض و متطلبات العلاج ، و هو الأمر الذي يؤكده (Lazarus , 1981) صاحب نظرية الضغط و المقاومة (stress and coping paradigm) ، إذ يرى في هذا السياق، أن هناك اختلاف في ردود الأفعال لدى الأشخاص المصابين إزاء المرض ، حيث أن البعض منهم بعيدالى حد ما عن الانزعاج من المرض على عكس البعض الاخر , وهو الشيء الذي يعكس وجود تباين في مدى التوافق السيكولوجي مع المرض بين المصابين به . هذا الإختلاف في التوافق السيكولوجي (psychological adjustement) مع المرض ، مرتبط بشكل كبير حسب (Lazarus) بخصوصية الإستجابة للضغط الذي يكون المرض مصدرا له . فهناك من يعيش وضعية المرض على أنها وضعية حياتية عادية ، و هناك من لا يتقبلها بتلك الصفة ، انطلاقا من عدة متغيرات ، تختلف من شخص لآخر ، و التي نذكر من بينها ، الموقف من المرض ، و تصور المريض لمرضه ، أو بعبارة أدق ، تقديره لوضعية المرض التي هو عليها .

هذه المتغيرات ذات أهمية قصوى في نظر (Lazarus) ، لكونها هي المسؤولية عن تحديد الطريقة التي يتعامل بها المريض مع مرضه ، و يواجه بها وضعية الضغط الناتجة عن ذلك المرض ، و هو ما يعبر عنه (Lazarus)بمصطلح المقاومة . (Coping) .

و لقد بين كل من (Lazarus and Folkman, 1984) و (Cohen and Lazarus, 1979) أن عملية المقاومة كسلوك ، تحتل موقعا مركزيا أو وسطيا في عملية التكيف مع المرض المزمن بصفة عامة ، و مع مرض السكري بصفة خاصة . كما أن دراسة (Cohen and Lazarus , 1979) في هذا الشأن بينت أن هناك نماذج مختلفة و متعددة من الأساليب التي تندرج تحت عملية المقاومة ضد المرض ، و تعرف هذه الأساليب باسم استراتيجيات المقاومة (Coping strategies) ، و قد قدمت هذه الدراسة وصفا شاملا لنماذج هذه الإستراتيجيات ، كما توصلت إلى أن الجهود التي يبذلها الفرد في عملية المقاومة تعمل على توفير الإرتياح الإنفعالي له ، و تؤمن له تكيفا معينا مع المرض .

و في هذا الخصوص ، يوضح (Lazarus , 1981) أن عملية المقاومة ، لا يمكن أن تجري إلا في إطار عملية التقدير المعرفي (Cognetive appraisal) ، ذلك لأن الفرد تحت وضعية الضغط ، يقوم بسلسلة من العمليات المعرفية قبل الوصول إلى مرحلة الدخول في الفعل (put in action) لمواجهة تلك الوضعية من الضغط . و تجدر الإشارة هنا إلى أن نوع الإستراتيجيات المستخدم في المقاومة ضد المرض يتوقف على عملية التقدير المعرفي ,

و قصد الكشف عن المتغيرات التي من المحتمل أن تؤثر في الإستجابات التكيفية مع مرض السكري ، قامت الباحثة (pollock , 1989) بدراسة توصلت فيها إلى تحديد هذه المتغيرات أو العوامل ، و هي : تقدير الضغط (stress appraisal) ، القدرة الشديدة على التحمل (hardiness) و التكيف الفيزيولوجي مع المرض (physiological adaptation) , و قد حاولت الباحثة من خلال هذه الدراسة الكشف عن طبيعة العلاقة بين هذه العوامل الثلاثة، فوجدت بأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين أغلب هذه العوامل فيما بينها ، كما توصلت أيضا إلى أن الكيفية التي يدرك بها الفرد وضعية المرض

(تقدير الضغط) و الطريقة التي يعالج بها تلك الوضعية (أساليب المقاومة) هما متغيران على مستوى كبير من الأهمية فيما يخص التنبؤ بمدى التكيف مع المرض المزمن ، و مدى الإستجابة الفيزيولوجية للعلاج المقدم للمرضى .

و في دراسة أخرى للباحثين (Peyrot . Mc Murry . 1992) ، أقيمت على مجموعة من المصابين بمرض السكري ، حول دور استراتيجيات المقاومة في تخفيف مستوى الضغط السيكولوجي ، افترض فيها أن العلاقة بين الضغط و عملية تنظيم الأيض (metabolic control) ، تتوقف على استراتيجيات المقاومة الفردية (Individual's coping strategies) االمستعملة في مواجهة الضغط ، تم التوصل إلى أن المستويات العالية من الضغط ، مرتبطة بالنسب المرتفعة لمعدل السكر في الدم ، لدى الأفراد الذين تتصف أساليب المقاومة لديهم بعدم الفاعلية في مواجهة الضغط ، و أن الأفراد الذين يتميزون بأساليب مقاومة أكثر فعالية في مواجهة الضغط ، لا تتأثر عملية مراقبة نسبة السكر في الدم لديهم بمستوى الضغط النفسي الناجم عن إصابتهم بالسكري .

إنطلاقا من كل المعطيات السابقة ، و اعتمادا على نموذج (Lazarus) الخاص بالمقاومة و الضغط في الأمراض العضوية المزمنة ، و استنادا إلى نتائج الدراسات و البحوث المذكورة آنفا ، و التي أكدت أن الإصابة بمرض السكري ، تشكل مصدر ضغط نفسي اجتماعي ، يفرض التعامل معه ، استعمال استراتيجيات مختلفة من المقاومة ، فاننا نتساءل :

- ما هي أنواع الإستراتيجيات المستعملة من طرف الأشخاص المصابين بمرض السكري في عملية مقاومتهم ضد الضغط النفسي الإجتماعي الذي يشعرون به من جراء وجودهم تحت وضعية الإصابة بالمرض؟ و هل توفر لهم هذه الإستراتيجيات حالة من التوافق السيكولوجي مع المرض ، و تمكنهم من تجاوز وضعية الضغط النفسي الإجتماعي الذي يشعرون به بفعل الإصابة بمرض السكري ؟.

- إذا كان هذا المرض المزمن ، يشكل وضعية ضغط صعبة مولدة لمشكلات نفسية و احتماعية ، بالإضافة إلى المشاكل الجسدية ، و بالرجوع إلى نموذج ("الإستعداد - ضغط)في تناول المرض (Diathesis- stress model of illness) (الذي لا يؤمن بفكرة النظر إلى المرض العضوي من زاوية واحدة ، بل يرى أو يعتقد بضرورة الأخذ بعين الإعتبار في تناول المرض ، العوامل المحيطية و الإحتماعية للفرد ، بما في ذلك النمط المعيشي) . نعتقد أن المصاب بمرض السكري في حاجة إلى كفالة نفسية تمكنه من تجاوز وضعية الضغط التي يفرضها عليه المرض ، و توفر له فرصا أكبر للإستجابة للعلاج الطبي المقدم له, و عليه فإن السؤال مطروح أيضا حول أهمية و حدود هذه الكفالة النفسية ، التي نقترح أن تكون في إطار النموذج السلوكي المعرفي ، و استنادا إلى النظرية المعرفية للضغط و المقاومة . فهل بامكان النموذج السلوكي المعرفي الوصول إلى نتائج إكلنيكية فعالة في التخفيف من حدة الضغط الذي يكون مرض السكري مصدرا له ، و في مساعدة المصابين به على الإستجابة الفعلية للعلاج الطبي المقدم لهم ؟ .

- نفترض في هذه الدراسة ، وجود علاقة بين أنواع استراتيجيات المقاومة المستعملة في التعامل مع وضعية المرض ، و بين مستوى الضغط النفسي الذي يعاني منه المصابون بالسكري .

- كما نفترض أيضا أهمية الدعم النفسي في إطار النموذج السلوكي المعرفي ، بالتركيز على تقدييم تقديرات بديلة (Alternative appraisals) لتلك التي يبديها المصابون بالسكري بشأن وضعية المرض ، و التي تقف وراء عملية استعمالهم لنوع معين من الإستراتيجيات في المقاومة . الأمر الذي يمكن أن يقود إلى تعديل في نوع الإستراتيجيات المستعملة ، من استراتيجيات أقل فعالية إلى أخرى أكثر فعالية و هو الأمر الذي يقود حسب اعتقادنا أيضا إلى التخفيف من حدة الضغط الذي تشكله وضعية المرض ، و إلى تجاوز الصعوبات النفسية و الإحتماعية المصاحبة لذلك (كالقلق ، و الشعور بقلة فعالية الذات وتقديرها تقديرا منخفضا).الشيء الذى يؤدى بدوره الى حالة التوافق السيكولوجي مع المرض . و هو ما يهدف إليه هذا البحث بالدرجة الأولى .

ثالثا : الجانب الطبي لمرض السكري :

سنتناول في هذا الباب الخاص بالحديث عن الجانب الطبي لمرض السكري ، تعريف مرض السكري ، أنواعه ، و العلامات الإكلنيكية و المضاعفات و العلاج الخاص بكل نوع من أنواع السكري ، لنختم هذا الفصل بفقرة نشرح فيها آلية حدوث مرض السكري . علما بأن عرضنا لهذا الجانب ، سيكون مختصرا و بأسلوب مبسط في سرد المعلومات الطبية الخاصة بمرض السكري و ذلك ليسهل فهمهما و استعابها .

ا) تعريف مرض السكري :

ما يعرف عامة عن مرض السكري (Diabetes) ، هو أنه مرض يرتبط بوجود اضطراب أو خلل في عملية استهلاك العضوية (organism) للغليسدات (glucides) و الذي يترجم عبادة بتسرب زائد عن الحاجة و بشكل متواصل لمادة السكر أو الجلوكوز (Glucose) في الدم , و لكن التعريف العلمي و الطبي لمرض السكري ، يحدد هذا المرض بشكل أكثر دقة ، فيعرفه على أنه " مصطلح عام يشمل عدة أمراض تشترك فيما بينها في ارتفاع حجم البول ، مع تسرب مادة كيميائية عضوية غالبا ما تكون السكر ".(Domart, Bourneuf. 1985, p.296)

كما ورد في هذا التعريف ، فإن مصطلح مرض السكري ، يضم عدة أمراض تصنف في أربعة (4) أنواع ، منها ما هو أكثر شيوعا من البعض الآخر. و سنعرض فيما يلي ، كل نوع من هذه الأنواع الأربعة ، بخصائصه المرضية ، و أعراضه الإكلنيكية و المضاعفات المصاحبة له ، و العلاج الخاص به . مبينين في ذلك الإختلاف الموجود بين كل نوع و آخر ، وذلك بشكل مبسط و مختصر يسهل استعابه .

II) أنواع مرض السكري :

1) السكري البنكرياسي (Diabète sucré pancréatique) :

عندما نتكلم عن مرض السكري في العادة ، فاننا نقصد في أغلب الأحيان هذا النوع من أنواع مرض السكري ، الذي يتميز باضطراب واضح في امتصاص الخلايا للغليسدات " (Glucides) إذ نلاحظ في هذا النوع ، وجود مادة (glucose) - و هي مادة سكرية - في البول ، من جهة ،و ارتفاع في نسبة هذه المادة ذاتها في الدم من جهة ثانية .

إن وجود مادة الغلوكوز في البول (glucosurie) ما هي في الواقع إلا نتيجة لإرتفاع نسبة المادة نفسها في الدم (hyperglycemie) . كما أن هذا الإرتفاع لنسبة الغلوكوز في الدم هو الخاصية أو الميزة الأساسية التي تحدد بشكل أفضل هذا النوع من أمراض السكري ، (و المسمى بالسكري البنكرياسي) عن باقي الأنواع الأخرى ، و التي تتميز هي الأخرى بوجود مادة الغلوكوز في البول ، مع عدم ارتفاع نسبته في الدم (glucosurie sans hyperglycemie) ,

و ينتج السكري البنكرياسي ، عن اضطراب في استعمال الغلوكوز على مستوى الخلية ، كما يمكن أن تسببه إصابة على مستوى الدماغ ، و بالضبط على مستوى البطين الرابع (4ème Ventricule) أو النشاط المفرط للغدة النخامية (Hyperactivite Hypophysaire) أو للغدة الدرقية (Hyperthyroidie) أو في القشرة اللحائية للغدة الكظرية (Hypercorticisme Surrenal).

و كل هذه العوامل ، (سواء كانت إصابة عصبية ، أو نشاط مفرط في الغدد السابقة الذكر) يؤدي إلى خلل في إفراز البنكرياس لمادة الأنسولين (الهرمون المسؤول عن تنظيم أو تعديل نسبة السكر في الدم (glycermie) (Domart, Bourneuf. 1985).

"و يشمل السكري البنكرياسي ، هو الآخر نوعين من الأمراض ، و ذلك طبقا لحالة الأنسولين التي ، إما أن تكون غائبة تماما (بفعل عدم قدرة البنكرياس على إفرازها) ، و إما أن يكون الخلل في عمل هذه المادة نفسها ، و النوعان هما :

** السكري الدسم (Diabète gras) :

يتميز هذا النوع من السكري البنكرياسي بانخفاض قدرة العضوية على تحويل السكريات أو الكربوهيدرائيات (Les sucres ou les hydrates de carbones) في عملية الأيض (metabolic control) , و يصيب هذا النوع من 3-4٪ من المصابين بالسكري . كما أنه يظهر عادة بعد سن الأربعين ، و بصفة أكثر ، لدى الأشخاص الذين يعانون من سمنة مفرطة (les obéses) والاشخاص ذوي الإستعداد الوراثي .

أ) العلامات الإكلنيكية :

تتمثل العلامات الإكلنيكية لهذا النوع من السكري البنكرياسي في كثرة التبول (polyurie) ، الإحساس بالعطش الشديد (polydipsie) و في ظهور بعض الإصابات الناتجة عن التهابات متمركزة في أغلب الأحيان في الأعضاء التناسلية أو في المناطق التي يكثر فيها إفراز العرق . و تعرف هذه الإصابات الجلدية باسم . (diabetides) هذه الأعراض الإكنيكية ، غالبا ما لا تكون ظاهرة بوضوح ، و بذلك فإن الكشف عنها ،، يتم عن طريق فحوصات بيولوجية أساسية هي :

الكشف عن نسبة السكر في الدم (glycèmie) ، و الكشف عن وجود السكر في البول . (glucosurie)مع العلم أن النسبة العادية لتواجد السكر في الدم في حالة االصوم ، تتراوح بين (0,70 و 1,10 غ/ل) فإن زادت عن (1.30 غ / ل) ذلك على وجود المرض.

ب) المضاعفات :

تمس مضاعفات هذا المرض عدة أعضاء في العضوية ، كجهاز الرؤية والجهاز العصبي ، و الكلى. إذ يمكن للمصاب ، مع قدم الإصابة ، و تحت الظروف المصاحبة لهذا المرض ، أن يفقد بصره ، كما يمكن له أن يعاني من اضطرابات على مستوى الكلى ، بفعل التهابات المسالك البولية التي يسببها تسرب السكر في البول ، و يمكن أن تتطور إلى حد العجز الكلوي . و هناك أيضا إلى جانب ذلك ، الإلتهابات الجلدية ، و الإرتفاع في مستوى ضغط الدم .

ج) العلاج :

تعتبر الحمية المتمثلة في اتباع نظام غذائي محدد، يقتصر على عنصر الكربوهيدرائيات (hydrates de carbone) أفضل وسيلة يمكن بها الحفاظ على التوازن الغليسيدي ، أو ما يسمى بـ (Equilibre glucidique) , و لضمان نجاح هذه الحمية ، ينصح المصابون باحترام النوعية و الكمية ، و كذا التوقيت في النظام الغذائي المتبع ، و ذلك بهدف ضمان الحصول على قدرة حرارية مناسبة ، تسمح للعضوية بالابقاء على التوازن الأيضي للمركبات العضوية التى يحويها الغذاء

***Diabète maigre (Insulinoprive)** :

يتميز هذا النوع من أنواع مرض السكري البنكرياسي ، بغياب الأنسولين (الهرمون الوحيد المسؤول عن تخفيض أو تعديل نسبة السكر في الدم) ، أو بعجز البنكرياس عن إفراز مادة الأنسولين . و يصيب هذا المرض الأطفال و المراهقين ، كما أنه يتنقل بفعل العامل الوراثي .

أ) الأعراض الإكلنيكية :

تتمثل الأعراض الإكلنيكية لهذا النوع بنقص شديد في الوزن (Amaigrissement) مصحوب بالعطش الشديد و بكثرة التبول (polydipsie et polysurie) ، و بظهور مركبات و مواد عضوية في البول ، تعرف طبيا باسم (l'acétone).

ب) المضاعفات :

من أهم المضاعفات التي يمكن أن يحدثها مرض السكري من هذا النوع ، نجد الإصابة على مستوى الكلى ، و حالة الغيبوبة السكرية (coma diabetique) ، و التي تتميز بارتفاع مفرط في نسبة السكر في الدم (hyperglycemie) ، و بالهبوط الحاد في ضغط الدم ، و لهذا فإن هذا النوع الخطير من المضاعفات (الغيبوبة السكرية) ، و التي تظهر غالبا في حالات التعرض إلى الصدمات و الظروف المحيطية الظاغطة تتطلب تقديم إسعافات أولية مستعجلة ، و ضرورية لتجاوز حالة التسبيخ أو الغيبوبة (Coma) .

جـ) العلاج :

يرتكز العلاج في حالة (Diabète maigre) على أخذ الأنسولين في شكل حقن عضلية ، إلى جانب اتباع نظام غذائي محدد متوازن يشمل كمية مضاعفة من البروتيدات لضمان النمو الحسن ما دام هذا المرض ، يصيب الأطفال و المراهقين ، و يعرضهم لحالة النقص الشديد في الوزن .

2) السكري الكلوي : (Diabete rénal):

ليس لهذا النوع من أنواع السكري أية علاقة بالنوع السابق المسمى بالسكري البنكرياسي . بحيث يتميز بوجود مادة السكر في البول أو ما يعرف بـ (glucosurie) ، دون ارتفاع في مستوى السكر في الدم (glycemie) . و يتعلق الأمر هنا بإصابة وراثية عائلية لا غير ، تؤدي إلى عجز الكلى عن امتصاص مادة السكر أو الغلوكوز بشكل عادي . و لهذا فإن هذا النوع من أمراض السكري ، يمكن أن يكون مصحوبا بإصابة على مستوى الكلى ، يحتمل أن تكون ذات مصدر تسممي (d'origine toxique) ناتج عن وجود السكر في البول

3) السكري عديم الطعم أو المذاق (Diabete insipide) :

يختلف هذاا المرض تماما عن النوعين السابقين (البنكرياسي و الكلوي) ، فهو مرض يمس عملية الأيض (maladie metabolique) ، المتسبب الرئيسي فيه هو عجز أو خلل في الهرمون المضاد لإدرار البول (Antidiuretique)الذي تفرزه الغدة النخامية (l'hypophyse) .

أ) الأعراض الإكلنيكية :

إن الخلل في الهرمون المضاد لإدرار البول ، يؤدي إلى ارتفاع كبير في حجم البول ، مما يؤدي إلى الحاجة المتكررة للتبول (10 - 15 ل في اليوم) ، و كنتيجة لذلك ، فإن الفرد في هذه الحالة ، يشعر بعطش شديد ، كما أنه معرض للإصابة بالجفاف (deshydratation) إذا امتنع عن الشرب ، أو إذا أنقص من كمية المشروبات التي يتناولها ، اعتقادا منه بأن ذلك ربما يخفض من حاجته المتكررة إلى التبول .

ولا يمكننا التحدث في هذا المرض عن اضطراب أو خلل في نسبة السكر في الدم (glycemie) ، فهي نسبة طبيعية ، كما أن بول المصابين به لا يحتوي على مادة الغلوكوز ، فهو خال من المذاق الحلو ، و لهذا السبب سمي هذا النوع من أمراض السكري ، بعديم المذاق (Insipide) ,

ب) المضاعفات :

من بين المضاعفات التي نجدها في السكري عديم المذاق (Diabete insipide) ، الشعور بالإعياء أو ما يسمى بالإنهاك النفسي (Asthenie) ، نحافة الجسم ، و آلام الرأس أو الصداع .

جـ) العلاج :

علاج هذا المرض صعب ، و هو يختلف حسب المصدر أو السبب الذي أدى إلى حدوث العجز أو الخلل في الغدة النخامية ، فقد يرجع السبب إلى وجود أورام في الهيبوتالاموس (hypothalamus) ، أو ناتج عن التعرض إلى صدمة دماغية" , (Domart, Bourneuf. 1985, p.296-299).

- يمكننا القول (كملاحظة فيما يخص الأنواع الثلاثة لمرض السكري) أن النوع الأول و المسمى بالسكري البنكرياسي ، و خاصة النوع الثاني منه و المسمى بـ (Diabete maigre) ، هو أكثر الأنواع خطورة في أمراض السكري ، إذ يؤدي بصاحبه إلى الموت في حالة غياب العلاج المتمثل أساسا في أخذ حقن الأنسولين ، و لكونه يتميز أيضا بوجود مضاعفات خطيرة ، أقصاها حالة الغيبوبة السكرية (Coma diabetique) لكن هذا لا ينفي وجود خطورة فيما يخص النوعين الآخرين (الكلوي و عديم المذاق) ، إلا أنها أقل أهمية من خطورة النوع المسمى بالسكري البنكرياسي .

- بعد التعريف بأنواع السكري ، و التعرض إلى الأعراض الإكلنيكية و المضاعفات و العلاج الخاص بكل نوع منها . نختم ، بفقرة ، نتعرف فيها على آلية حدوث الإصابة بالسكري .

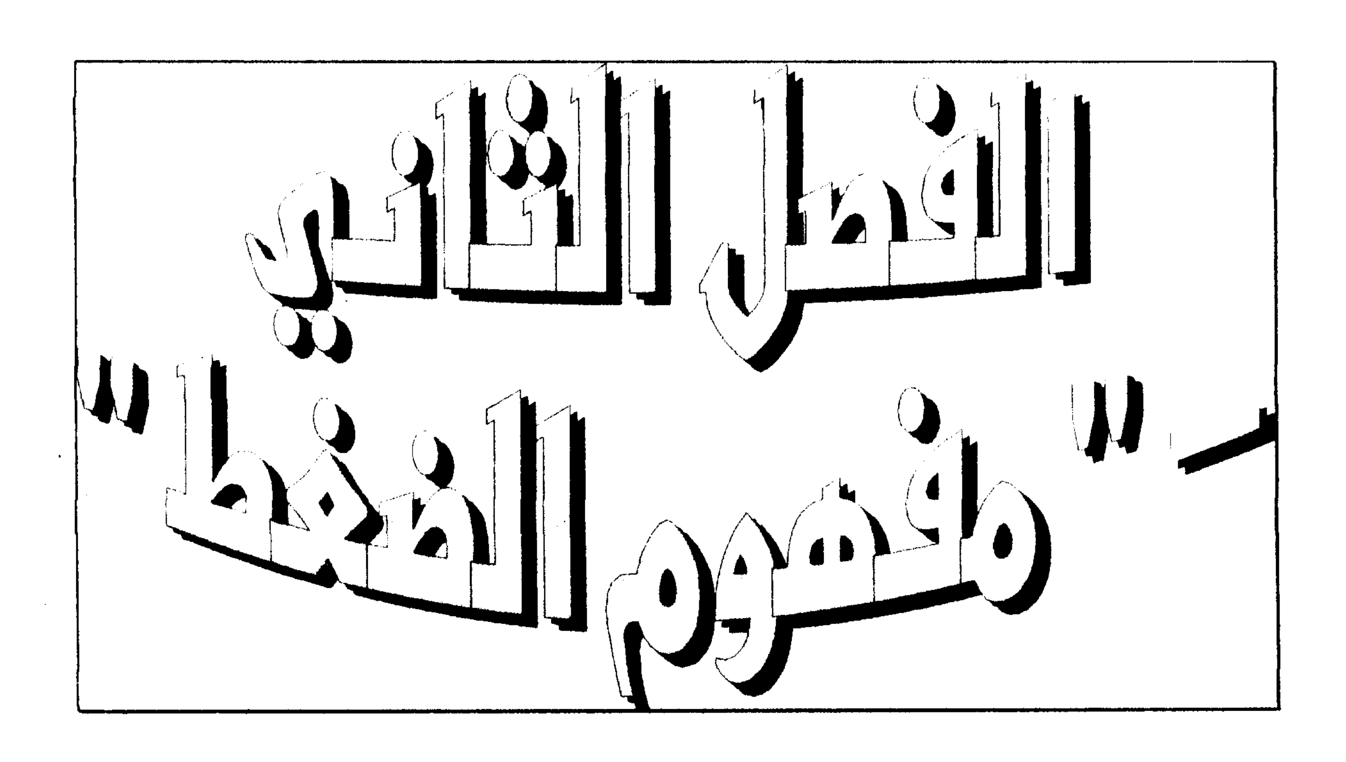
III) آلية حدوث مرض السكري :

يمكن شرح مرض السكري بالصيغة التالية في شكلها المبسط:

"بسبب وجود عجز في قدرة استهلاك الخلية لمادة الغلوكوز (مادة سكرية) ، يتدخل الجهاز الخاص بتنظيم نسبة السكر أو ما يسمى بـ (systeme de glycoregulation) ، ليخلص الخلية من الغلوكوز الفائض الذي عجزت عن امتصاصه ، و ذلك بأن يسمح بمرور الكمية الزائدة من السكر إلى الدم ، فترتفع نسبة السكر في الدم ، و تفوق النسبة الطبيعية التي تقدر بـ 1 غ/ل ، كما أن هذه النسبة المرتفعة من السكر في الدم ، تتجاوز قدرة الكلى على التحكم في تنظيمها (أثناء عملية تصفية الدم) ، و لهذا تتسرب بعض الغرامات من السكر لتخرج مع البول . و حتى تستطيع الكلى القضاء على السكر أو الغلوكوز الزائد الذي يصل إليها باستمرار عن طريق الدم (و تطرحه عن طريق البول) ، فإنها تضطر إلى رفع حجم البول ، وهو الشيء الذي يفسر كثرة التبول عند المصابين بالسكري ، و الإحساس بالعطش الشديد أو الشراب المتواصل لتعويض الماء المفقود .

و نظرا لنقص استعمال العضوية لعنصر الغلوكوز (glucose) فإنها تضطر لإستعمال عناصر الليبيدات و البروتيدات (les lipides et les protides) وتحويلها إلى غليسدات (glucides) كمصدر للطاقة ، بدلا من الغلوكوز ، مع العلم بأن الطاقة التي تتحصل عليها العضوية من وراء استعمالها للغلوكوز أكبر من تلك التي تتحصل عليها عن طريق استعمال الليبيدات و البروتيدات ، و هو ما يفسر حالة النحافة أو الضعف الجسمي الذي يتميز به المصاب بالسكري ".(Domart, Bourneuf. 1985).

هذه باختصار ، الجوانب الطبية لمرض السكري ، و سنحاول فيما يأتي من فصول ، بحث المفاهيم المرتبطة بوضعية الإصابة بهذا المرض من جانبها النفسي الإجتماعي و ذلك في إطار النظرية المعرفية للضغط و المقاومة.


الفصل الثاني
" مفهوم الضغط "

I) مقدمة :

أظهرت العلوم الطبية ميلا واضحا لاستخدام مفهوم الضغط (stress) للإستعانة به في تفسير الإضطرابات العضوية ، و بالأخص في العشرية الأخيرة ، إذ برزت إلى الوجود عدة مجلات ذات طابع طبي ، خصصت للبحث في آثار الضغط على الصحة ، كمجلة (stress and Health , 1984) مثلا. كما أن البحث في آثار الضغط على الصحة أخذ طابعا أكثر دقة و خصوصية ، إذ انفرد كل فرع من الفروع في الطب ، بالبحث في هذا المجال ، كلّ حسب موضوعه. ففي ميدان الطب السيكاتري (psychiatry) قام كل من (Granboulan V. , Mercuel A. , 1987) بحثا حول علاقة الضغط بالإكتئاب عنوناه بـ . (stress et depression) : و في الطب السيكوسوماتي (psychosomatics) ، قدم الباحث (De Bulter J. , 1985) دراسة بعنوان " لماذا و كيف تنشأ الإضرابات السيكوسومانتية؟
" (Pourquoi et commet surviennent les maladies psychosomatiques ?) .

إلى جانب البحث الذي قدمه (Consoli S. , 1985) حول علاقة الضغط بالإضطرابات القلبية ، و بصفة خاصة الإضطرابات المتعلقة بارتفاع الضغط الشرياني ، و الذي يحمل عنوان : "الضغط ، الشخصية ، و ارتفاع الضغط الدموي (stress,personnalité et hypertention) ".

و رغم هذا الإنتشار الواسع و المكثف للإستعمالات المختلفة و المتعددة لمفهوم الضغط ، إلا أنه لا يفوتنا أن نشير إلى ما يعتري هذا المفهوم من إبهام و غموض و عدم دقة في تعريفه ، إذ هناك مشكل يطرح حول تعريف مصطلح الضغط . و يتعرض لهذا المشكل في شكل تساؤلات ، كل من (Catherbas P. , Rouseet H. , 1988) فيقولا : " هل يمكن للضغط أن يعرف دون غموض ؟ و هل يتعرض الباحثون من مختلف المجالات إلى نفس الظواهر عندما يتحدثون عن مفهوم الضغط ؟ و هل يمكننا أن نلتزم بحدود علمية معينة عندما نتحدث عن الضغط ؟.... و هل هناك بناء نظري لهذا المفهوم من شأنه أن يشكل منطلقا صالحا و موضوعيا يساعد على تقديم تفسير للظواهر الطبية ؟ و هل يشكل الضغط الحلقة المفقودة في سلسلة العلاقة بين المجتمع ، الحياة النفسية ، و المرض؟" (ص.61).

و أمام هذه الإشكالات التي يطرحها تعريف الضغط ، فإن بعض الباحثين و منهم (Maurer. M. , 1984) ، يقترح أن يعرف كل باحث مفهوم الضغط تعريفا إجرائيا يتناسب و بحثه ، و بالتالي يتفادى المشاكل التي يطرحها هذا المفهوم . و حتى تتجسد لدينا أكثر تلك الإشكالات المطروحة في تعريف مفهوم الضغط ، ارتئينا أن نعرض فيما يلي ، لمحة تاريخية حول المراحل التي مر بها استعمال مفهوم الضغط في المجالات العلمية المختلفة .

II) نبذة تاريخية حول مفهوم الضغط :

عرف مصطلح الضغط ، استعمالات عديدة عبر الأزمنة المختلفة ، إذ استخدم هذا المصطلح في أوائل القرن الرابع عشر للدلالة على حالات المشقة و الضيق و الحزن (hardship , straits , and affliction) (cf. Lumsden, 1982) .

و في القرن التاسع عشر ، أدخل مفهوم الضغط في ميدان الطب أين اعتبر كقاعدة أساسية للإضطرابات الصحية ، و يظهر لنا ذلك من خلال ما كتبه هنكل (Hinkle,1977) نقلا عن (William Osler)حول الإضطرابات الصحية التي يتعرض لها الرجل اليهودي ، إذ يقول : « يعاني الرجل اليهودي من الإجهاد و التعب إلى أقصى حد في طاقته العصبية من خلال العيش في حياة متوترة ، و من خلال انهماكه في العمل و تكريسه وقتا و جهدا كبيرين لتسيير شؤون بيته ، كما أن جهازه العصبي معرض لذلك الضغط و التوتر اللذان سيصبحان على ما يبدو العامل القاعدي للعديد من حالات الذبحة الصدرية (Angina pectroris) » (ص.30) .

و قد شمل استعمال مصطلح الضغط أيضا ميدان فيزيولوجيا الإنفعالات . ففي بداية الثلاثينات مثلا ، و بالضبط في (1932) ، استخدم الباحث (Walter cannon , 1932) ، مصطلح الضغط في دراسته لفيزيولوجيا الإنفعالات ، و اعتبر الضغط ، اضطرابا في الإتزان البدني (disturbance of hemeostasis) ، ينشأ تحت ظروف معينة ، كالتعرض للبرد ، و نقص الأكسجين ، و انخفاض السكر في الدم .

و جاء بعده (Hans Selye, 1936) ، ليتحدث عن مصطلح الضغط معتبرا إياه ، كمجموعة من الإنفعالات الفيزيولوجية التي تحدثها حاجة بيئية معينة . (لنا عودة للحديث عن مفهوم الضغط عند (selye)بشيء من التفصيل فيما بعد ، لنوضح الصعوبات المنهجية التي يطرحها تعريف هذا المفهوم) .

بعدها ، و في فترة الأربعينات و الخمسينات ، اتسع مجال استخدام مصطلح الضغط ، ليشمل ميداني علم النفس و علم الإجتماع إذ أطلق علماء الإجتماع أمثال (panics , Ribots) (In : Lazarus , Folkman , 1984) مصطلح الضغط على المستوى الإجتماعي ، لشرح ارتفاع نسبة الإنتحار و الجريمة ، و الأمراض العقلية في مجتمع ما .

أما في ميدان علم النفس ، فلقد ظهرت بوادر استعمالات مصطلح الضغط في علم النفس المرضي ، و خاصة في أعمال (Freud) و نظرياته ، ثم في أعمال من تبعه من منتهجي منحى التحليل النفسي . و حينها كان يستعمل مصطلح القلق (Anxiety) بمعنى ضغط سيكولوجي (psychological stress) .

و كان للحرب العالمية الثانية ، و الحربين الكورية و الفيتنامية ، أثر في دفع الأخصائيين إلى البحث في هذا المجال ، و يتجلى هذا في الدراسات و المقالات التي تطرقت إلى أثر الضغط على الأداء الحربي ، و استخدمت نتائج هذه البحوث في عمليات الإختيار و التوجيه الحربي.

و كانت نقطة التحول الكبرى و المهمة في البحث حول مصطلح الضغط في فترة السبعينات ، إذ تميزت بصدور عدة مؤلفات ، كانت على جانب كبير من المنهجية و التنظيم بالمقارنة مع ما سبقها.

و قد تم من خلال هذه المؤلفات(Levine and Scoth, 1970; Mc Grath, 1970) الإعتراف بأهمية الضغط على أنه مظهر من مظاهر الحياة الإنسانية ، لا يمكن أبدا تجاهله.

و على الرغم من توفر عدد لا بأس به من البحوث و الدراسات التي دارت حول مصطلح الضغط ، إلا أنه لم يكن هناك في تلك الفترة ، تعريفا محددا لمصطلح الضغط . و قد أشار كل من (Elliot & Eisodofer , 1982) إلى عدم وجود مثل هذا التعريف في قولهما : " "بعد مرور خمس و ثلاثين سنة من البحث ، لم يتوصل أي باحث إلى صياغة تعريف خاص بمصطلح الضغط ، من الممكن أن يحصل على إجماع و اتفاق معظم الباحثين حوله" (ص 21). و ربما يعود ذلك إلى الصعوبات المنهجية التي يفرضها التعامل مع مصطلح الضغط ، كمصطلح واسع و معقد ، كما يراه (Lazarus) ، الذي اقترح في عام (1966) فكرة التعامل مع مصطلح الضغط ، انطلاقا من كونه مفهوم تنظيمي (Organizing concept)، يساعد على فهم فئة معينة من الظواهر ذات الأهمية القصوى في عملية التوافق السيكولوجي. فالضغط إذن حسب (Lazarus) ليس عبارة عن متغير واحد فريد ، بل هو عبارة عن وحدة (rubric) متكونة من العديد من المتغيرات و العمليات (variables and processes) ، و هو الشيء الذي يشكل عائقا منهجيا أمام بعض الباحثين في استعمالهم لهذا المصطلح.

بعد أعمال (Lazarus, 1966) حول مصطلح "الضغط السيكولوجي" ، أصبح الحديث عن مصطلح الضغط مرتبطا بصفة حتمية بالحديث عن مصطلح "المقاومة (Coping) "، فبرزت إلى الوجود ، ثنائية (الضغط – المقاومة) انطلاقا من الفكرة الأساسية التي قامت عليها أعمال (Lazarus) ، و التي نصها أن الفرد تحت شروط ضغط معينة ، يسعى دوما إلى محاولة إعادة التوازن ليحقق تكيفا معينا مع محيطه ، و تكون عملية المقاومة مسؤولة إلى حد كبير ، و بشكل أساسي عن تحقيق حالة التكيف تلك.

و في ختام هذه النبذة التاريخية ، و المراحل التي مر بها ، استخدام مصطلح الضغط ، لا يمكننا أن نمر دون أن نشير إلى أن مفهوم الضغط (stress) ، أصبح محل نقاش و جدال حادين ، حركا بقوة عجلة البحث حول هذا المفهوم ، منذ استعماله من طرف (Selye,1936) حين اكتشافه لما أسماه بـ (التناذر الناتج عن عوامل مؤذية مختلفة

.(A Syndrome produced by diverse nocuons agents)

و استمرت جهود (Selye) لمدة 40 سنة ، كان يرمي من خلالها إلى التوصل إلى إيجاد تعريف دقيق و محدد لمصطلح الضغط ، إذ كان يعيد النظر في تعريفه للضغط في كل مرة ، كلما توصل إلى اكتشاف جديد في الموضوع.

و قد توجت جهود (selye) في البحث طيلة تلك السنوات بصدور عدد لا يستهان به من المؤلفات ، بلغت في سنة (1981) (120.000) منشور أو مؤلف . و حول أهمية أعمال (selye) فيما يخص "الضغط" ، يقول الباحث": (Maurer. B.M, 1984) بفضل اكتشاف" (selye) للضغط" (stress)، نجد أنفسنا الآن في مستوى يسمح لنا بالكشف عن مرضية (pathology) متعددة الأسباب ، قائمة على التفاعل بين الجسد و الحياة النفسية ، بين الفرد و محيطه الإجتماعي " (ص.2240).

و نظرا لهذه الأهمية التي تتصف بها أعمال و دراسات (selye) حول مفهوم الضغط ، فإننا نعتقد أنه من المناسب ، بل من الضروري أن نتعرض بشكل من التفصيل إلى مفهوم الضغط عند (selye).

III) مفهوم الضغط عند : (SELYE)

عندما نشر (selye, 1936) أعماله الأولى حول ما أسماه "بالتناذر الناجم عن العوامل المؤذية المختلفة (A syndrome produced by diverse nocuons agents) ، لم يكن مصطلح الضغط ظاهرا بصفة واضحة و صريحة في هذه المنشورات . و يشرح لنا (selye) بنفسه سبب عدم ورود مصطلح ضغط بصفة صريحة في منشوراته الأولى قائلا : "إن استعمال مصطلح ضغط (stress) للدلالة على ردود أفعال عضوية (organic reaction) ، كان موضوع العديد من الإنتقادات ، ذلك لأن مفردة ضغط (stress)في اللغة الإنجليزية ، توحي عموما بفكرة وجود توتر عصبي (Nervous tension) و حتى أجنب كتاباتي الوقوع في التباسات لغوية غير مناسبة ، فإنني استبدلت مصطلح الضغط (stress) بمصطلح آخر و هو مصطلح مؤذ (Nocuons) ، و هو مصطلح أراه أقل إثارة للنقد من مصطلح ضغط'' .(ص.53).

و لكننا نجد (selye) بعد ذلك ، يستعمل عبارة ضغط (stress) بشكل صريح في سنة (1946) ، و هو الشيء الذي أشار إليه ، (Mason. J. 1975) إذ يذكر أن (selye) ، حينما استخدم مصطلح ضغط في بادئ الامر ، فإنه استخدمه بمعنى مثير (stimulus) ، إذ نجده يقول في هذا الشأن :" ... ليس من الضروري أن تثير نفس الدرجة من الضرر أو من الضغط دائما ، نفس الإستجابة". (cited in Mason. J, 1975 , p.9)

و لكن (selye) لم يبق على نفس المعنى (مثير) عندما استعمل ثانية مصطلح ضغط في (1950) ، حيث أصبح الضغط (stress) بالنسبة إليه يدل على استجابة (response) لفعل المثيرات المؤذية (nocuons stimulus)و التي أسماها بالضواغط (stressors).

و يشرح لنا (selye , 1956) سبب هذا التغير الإصطلاحي , قائلا :" كنت أتكلم في كتاباتي الأولى عن عوامل مؤذية (nocuons agents) ، غير أن هذا المصطلح لم يكن ملائما بشكل كبير ... و عليه ، فإنني كنت في حاجة إلى كلمة ضغط (stress) التي استخدمت بشكل خاص في علم الحركة أو الميكانيكا (Mechanics) ، للدلالة على القوى التي تعمل في مواجهة مع المقاومة (resistance) التي يبديها جسم ما . تلك التغيرات التي تطرأ على نابض فولاذي مثلا ، أثناء تعرضه للإنضغاط أو الكبس (compression)، هي تغيرات ناتجة عما يعرف فيزيائيا بالتوتر (tension) أو الضغط(stress) بعبارة أخرى) . و كنت أقول لنفسي ، أن الضغط الفيزيائي من المؤكد ألا يكون ذا طابع خاص (specific)، بمعنى أن تلك الظواهر العامة المتعلقة " بالتناذر العام للتكيف" (General syndrome of adaptation) (G.S.A) يمكن أن تكون عبارة عن الآثار التي يحدثها الضغط على المستوى البيولوجي ، يمكننا إذن أن نتحدث عن ضغط بيولوجي (Biological stress)'' . (ص . 62-63).

و في سياق البحث عن اسم مميز و نوعي للضغط ، استقر (selye) على تسمية الضغط أو تعريفه في نطاق ما أطلق عليه اسم " التناذر العام للتوافق" (General syndrome of adaptation) . و ذلك اعتقادا منه بأن الضغط كظاهرة عامة و شاملة ، لا يمكن أن تجري إلا في إطار عام و شامل ، و هو المتعلق بالتوافق (Adaptation) .

و يسمي (selye) هذا التناذر ، تناذرا عاما (General syndrome) لأنه يرى أن مثل هذا التناذر لا يمكن أن يوجد إلا بوجود العوامل التي لها تأثير معمم (generalized) على مختلف أجزاء الجسد و أقسامه.

و يفسر (selye) سبب ورود مصطلح توافق (adaptation) في مصطلح التناذر العام ، بأن العضوية في حالة وجود مثل ذلك التناذر تتخذ موقفا دفاعيا ، و تدخل في مرحلة من المقاومة (resistance)لإعادة توازنها ، و بالتالي الوصول إلى حالة التوافق تلك.

و يؤكد (selye) أن هناك فرق بين الضغط (stress) و بين التناذر العام للتوافق ، و يتمركز ذلك الفرق الموجود بينهما حسب (selye) في التعامل الزمني . "فإذا كان الضغط (stress) يمثل مجموعة التغيرات اللاممیزة التي تحدث في العضوية في وقت ما ، فإن التناذر العام للتوافق (G.S.A) يشمل كل التغيرات اللاممیزة التي تحدث على مر الزمن و أثناء التعرض المستمر لتدخلات الضواغط (stressors)''.(Selye , 1956 , p.94) .

ما يمكننا أن نقوله بخصوص ما سبق ، هو أن العلاقة بين الضغط و بين التناذر العام للتوافق (G.S.A) ليست واضحة بصفة كافية ، إذ يمكننا أن نفهم من خلال قوله السابق حول الفرق بينهما ، كما أشار إلى ذلك " (Maurer. B. M. , 1984) أن الضغط جزء من التناذر العام للتوافق ، كما يمكن أن نفهم العكس ، إذ يمكن أن يحدث الإثنان في نفس الوقت أو في نفس المستوى ، أو أن يكون الضغط متضمنا للتناذر العام للتوافق " (ص . 2242.) .

و يمكن أن تظهر فكرة التضمن هذه ، من خلال عبارة (selye, 1956) التي يرى من خلالها أن " الضغط هو المحدد المشترك لكل ردود أفعال التكيف التي يظهرها الجسد".(ص .80)

و يعترف (selye) بنفسه ، بعدم توصله إلى إيجاد نموذج نظري واضح لتعريف الضغط ، و ذلك لأن المفهوم نفسه في نظره ليس واضحا ، و هو ما يؤدي إلى استحالة وجود تعريف واضح و محدد للضغط . كما أن تصور الضغط على أنه ظاهرة تتميز بالإنسجام و التناغم الشديدين (monolithic phenomena) بين أبعادها و عواملها يجعل من الصعب جدا التوصل إلى تعريف ملائم لتلك الظاهرة . و هو ما يفسر التعديلات العديدة التي أدخلها (selye) على تعريفه لمفهوم الضغط طوال سنين بحثه المتعلقة بهذا الموضوع من جهة ، و الجدال الحاد الذي أثاره هذا المصطلح من قبل العديد من الباحثين و العلماء من جهة أخرى . الشيء الذي أدى إلى بروز العديد من الجهود التي حاولت أن تعطي تعريفا أشمل و أدق لمصطلح الضغط . و لعل أبرز هذه الجهود هي تلك التي بذلها (Lazarus) بهدف التوصل إلى إيجاد تعريف لمفهوم الضغط ، تارة بمفرده ، و تارة بالمشاركة مع غيره من الباحثين كالباحثة (Folkman).

IV) **تعريف** (LAZARUS AND FOLKMAN , 1984) **للضغط** :

يعرف هذان الباحثان الضغط السيكولوجي (psychological stress) فيقولان : "الضغط السيكولوجي عبارة عن علاقة خاصة بين الفرد و البيئة ، يقدر الفرد حدود تلك العلاقة على أنها حدود تتجاوز إمكانياته و مؤهلاته ، و تزعج راحته و هدوئه " .(ص 19).

و قد ارتئينا أن نتبنى هذا التعريف في بحثنا ، انطلاقا من عدة أسباب :

- أولها ، اعتقادنا بشمولية و دقة هذا التعريف ، الشيء الذي يجعله أكثر ملائمة و تماشيا مع التصور النظري للإشكالية المطروحة في هذا البحث ، و المتعلقة بوضعية الضغط التي يكون مرض السكري مصدرا لها ، و بمختلف الإستراتيجيات التي يستعملها المريض بالسكري في عملية مقاومته ضد المرض.

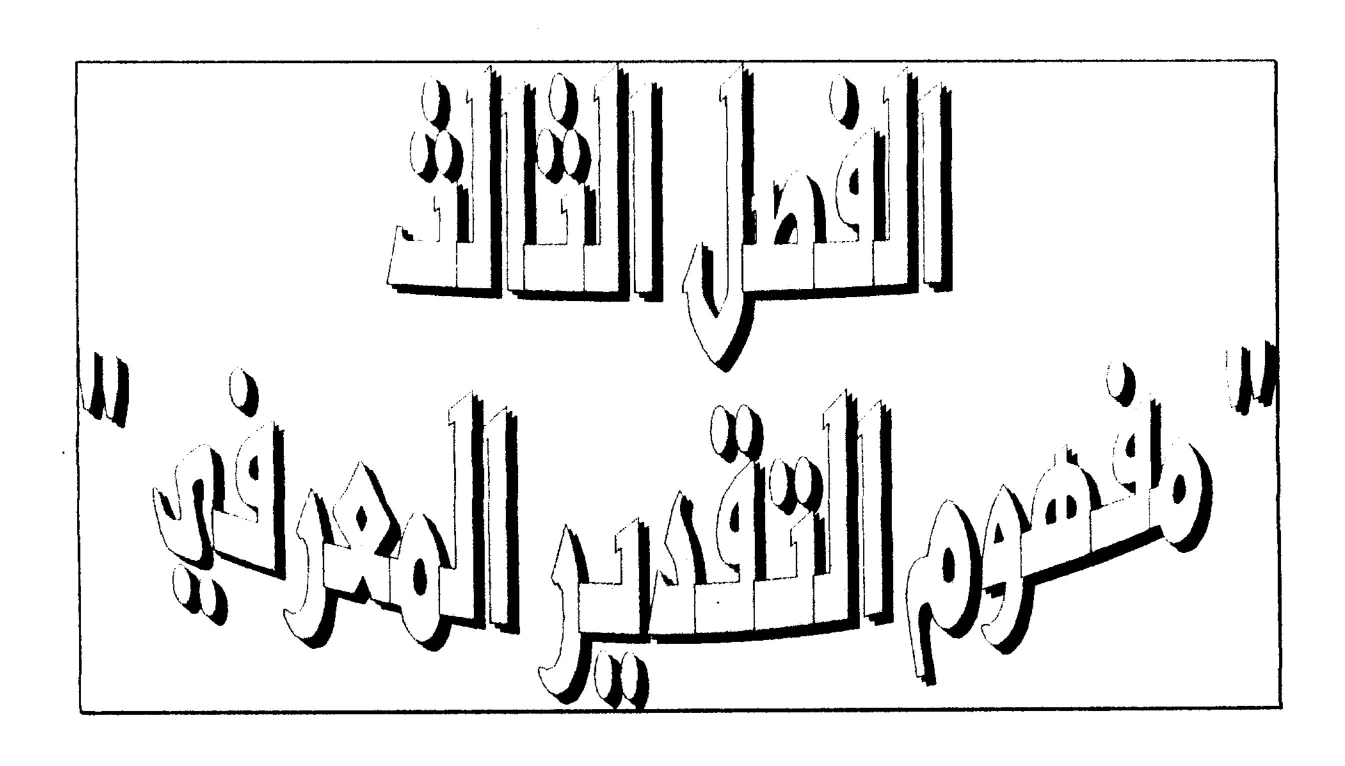
- ثانيها ، تركيز هذا التعريف على أهمية العلاقة بين الفرد و البئية بما تحتويه من متغيرات ، و هو أمر له وزنه من الناحية النظرية ، فيما يتعلق بهذا البحث.

- هذا بالإضافة إلى حافز آخر ، دفعنا إلى تبني هذا التعريف ، و هو المتعلق بالأفكار التي يتضمنها هذا التعريف . فإذا أمعنا النظر في تعريف الضغط الذي قدمه كل من (Lazarus and Folkman , 1984) ، نلاحظ أنه يشتمل ضمنيا على مفهومين هامين يتوسطان تلك العلاقة القائمة بين الفرد و البيئة و هما (مفهوم التقدير المعرفي ، و مفهوم المقاومة). فبالنسبة للمفهوم الأول (التقدير المعرفي (cognetive appraisal) (، فهو عبارة عن عملية معرفية تقديرية ، يتم بواسطها تخمين الفرد حول : ما هو الإجراء الذي يشكل مصدر ضغط بالنسبة إليه في تعامله مع بيئته ، و لماذا يشكل هذا الإجراء مصدر ضغط بالنسبة له . أما بالنسبة للمفهوم الثاني (المقاومة (coping) ، فهو مفهوم يدل على العملية التي يعمد الشخص من خلالها إلى معالجة الأمور التي تتطلبها أو تفرضها عليه علاقته مع البيئة في في إطار الضغط الذي تم تقديره سابقا.

هـذان المفهومـان (التقديـر المعـرفي و المقاومـة) علـى جـانب كبـير مـن الأهميـة بالنسـبة للعلاقـة الموجـودة بـين الضغـط السـيكولوجي و بـين التوافـق السـيكولوجي ، و لهذافإننـا سـنخصص لكـل منهمـا فصـلا كـاملا فيمـا بعد.

في آخـر هـذا الفصـل الخـاص بـالضغط ، نشـير إلى أن النقـاش حاليـا تجـاوز مجـال التسـاؤل حـول إيجـاد تعريـف أكـثر ملائمـة لمصطلـح الضغـط ، بـل إن الإهتمـام توجـه أكـثر في هـذا الموضـوع (موضـوع الضغـط) نحـو البحـث في العلاقـة االمتعـددة الجوانـب بـين الفـرد و بـين محيطـه ، و بـين العضويـة و بـين الحيـاة النفسـية ، و إلى البحـث في موضـوع خصوصيـة (specifity) الإسـتجابة للضغـط ، و بصفـة خاصـة في مجـال الإضطرابـات الصحية المزمنـة . إذ أن السـؤال المطـروح حاليـا هـو ، كيـف أنـه تحـت نفـس الشـروط مـن الضغـط ، يبـدي بعـض الأشـخاص اضطرابـات سـيكولوجية في حـين لا نراهـا عنـد البعـض الآخـر ؟.

و مـن هـذا السـؤال انطلـق (Lazarus) و غـيره مـن البـاحثين في هـذا المحـور ، لصياغـة نمـاذج نظريـة مختلفـة ، انبثـق عنهـا العديـد مـن التنـاولات العلاجيـة الـتي ذاع صيتهـا في الآونـة الأخـيرة في حقـل علـم النفـس العيادي .



الفصل الثالث
" مفهوم التقدير المعرفي "

مقدمة :

بعد أن بحثنا مفهوم الضغط في الفصل السابق ، و تعرضنا إلى مختلف المراحل التي مر بها استخدام هذا المفهوم في مختلف مجالات البحث ، سنتناول في هذا الفصل ,الحديث عن مفهوم التقدير المعرفي (cognitive appraisal) و عن استعمالاته الأولى في مجال الضغط السيكولوجي من قبل بعض الباحثين لننتقل بعدها إلى الحديث عن هذا المفهوم عند (Lazarus) من خلال نظريته المعرفية الخاصة بالضغط و المقاومة ، ثم نعرض أشكال التقدير المعرفي ، و العوامل المؤثرة فيه لنختم هذا الفصل بفقرة نتحدث فيها عن مكانة التقدير المعرفي في نظرية الضغط و المقاومة.

أولا : مفهوم التقدير (CONCEPT OF APPRAISAL) :

استعمل مفهوم التقدير (Appraisal) من قبل عدة باحثين في حقل الضغط السيكولوجي (psychological stress)، من بينهم:

(Barber & Couls , 1959 ; Fritz & Mathewson, 1957; Janis , 1951; Shannon & Isbell , 1963 ; Wallace , 1956; Withey , 1962 .)

لكن استعمال هؤلاء لمفهوم التقدير لم يكن يحمل صبغة منهجية ، و لم يستخدم بطريقة منظمة ، بل حتى أن البعض منهم استخدمه بطريقة ضمنية (by implication) ، و يظهر ذلك جليا من خلال أعمال كل من (Grinker and Spiegel , 1945)، اللذان تحدثا عن مفهوم التقدير على أنه " يتطلب مجموعة من النشاطات الذهنية التي تتضمن ، الحكم (judgment) ، و التمييز (discrimination) ، و اختيار النشاط (choice of activity) ، استنادا على التجربة الماضية للفرد". (ص 122).

و تعد (Arnold , 1960 , 1970) أول من عالج مفهوم التقدير (appraisal) بطريقة منهجية أو منظمة . و تتصور (Arnold) التقدير على أنه المحدد الذهني للإنفعال (The cognetive determinent of emotion) ووصفته بأنه عملية حدس سريعة تحدث بصفة آلية أو أتوماتيكية (. A rapid , intuitive process , that occurs automatically) . فتقول (Arnold , 1960) في هذا الصدد عن التقدير:

" التقدير فوري و لا إرادي (Immediate and indeliberate) ، فمثلا إذا توجه شخص ما بأصبعه محاولا إدخاله في عينك ، فإنك تتجنب هذا الخطر ، مباشرة و على الفور (instantly) حتى و لو علمت أن ذلك الشخص لا ينوي إيذائك . " (ص.172) . ثم تواصل (Arnol , 1960) وصفها لعملية التقدير فتقول أن :" إبداء مثل هذه الإستجابة الفورية ، يجب أن يسبقه تقدير بأن إدخال الأصبع في العين شيء مؤذي."(ص .172).

ثم جاء كل من (Janis and Mann , 1977) ليتكلما عن نموذج خاص أسمياه بنموذج "الصراع و اتخاذ القرار (conflict and decision - making) " ، إستنادا إلى مفهوم التقدير . (appraisal) و يدور هذا النموذج حول عملية تقييم (evaluation) الفرد لحدث معين و لنتائج اتخاذه قرارا ما بخصوص ذلك الحدث . و تتضمن عملية التقييم تلك حسب وجهة نظر كل من (Janis and Mann , 1977) ، الإجابة عن أربعة مسائل يطرحها الفرد على نفسه بخصوص حدث ما من أجل اتخاذ القرار المناسب بشأنه . إذ تتمثل تلك الأسئلة الأربعة في حصر الأخطار ، و الإستفسار عن جديتها في الحالة التي يقر فيها الفرد بضرورة التغيير (change) ، و في الحالة التي يرى فيها وجوب الإبقاء على الوضع ، إلى جانب البحث عن الحل الأفضل بخصوص معالجة ذلك الحدث .

و يعلق كل من (Lazarus and Folkman , 1984) على نموذج "الصراع و اتخاذ القرار(conflit and decision-making) " فيصفاه، على أنه يشكل مثالا جيدا للنظرية التي تقوم على مفهوم التقدير . غير أن هناك جوانب يختلف فيها هذا النموذج مع مفهوم التقدير من منظور (Lazarus and Folkman , 1984).

فإذا كان (Janis and Mann , 1977) يركزان اهتمامهما في نموذجهما الخاص بالتقدير على فكرة الإنتقاء (choice) من بين سلسلة من النشاطات ، فإن وجهة نظر كل من (Lazarus and Folkman , 1984) تأخذ مجالا أوسع ، لتأخذ بعين الإعتبار كل حدث يشعر فيه الفرد بوجود عجز أو إرهاق في إمكانياته و قدراته التكيفية . إلى جانب هذا ، فإن (Janis and Mann , 1977) يضعان الإنفعال (emotion) في المقام الأول ، عندما يعتقدان أنه يتعارض مع عملية "البحث عن المعلومات'' (information search) ، و عمليات اتخاذ القرار (Dicision making processes). في حين لا ينظر كل من (Lazarus and Folkmann , 1984) إلى الإنفعال من خلال تأثيراته على عملية البحث عن المعلومات فحسب ، و لكن أيضا من خلال التأثير المعاكس لهذه العملية (البحث عن المعلومات) على الإنفعال ذاته.

و يأخذ مفهوم التقدير (appraisal) بعدا آخر متعدد الأوجه في النظرية المعرفية للضغط و المقاومة لـ (Lazarus)، و هو ما سنحاول أن نعرضه فيما يلي:

ثانيا : النظرية المعرفية للضغط و المقاومة:

(COGNETIVE THEORY OF STRESS AND COPING):

تتميز النظرية المعرفية للضغط و المقاومة كما تصفها الباحثة (Folkman , 1984) .بميزتين أساسيتين : " العلائقية (relational caracteristic) و التوجيه . (orientation). و تظهر صفة العلائقية من خلال تعريف هذه النظرية لمصطلح الضغط (stress) ، كعلاقة (relationship) بين الفرد و البيئة ، حيث يقدر الفرد في هذه العلاقة، البيئة على أنها تتجاوز إمكانياته ، و تهدد استقراره و راحته" (ص.840).

كما ترى (Folkman , 1984) بخصوص هذه الميزة العلائقية ، أنها تمثل الحد الفاصل بين هذه النظرية في تناولها للضغط ، و بين التناولات الأخرى التي تتصور الضغط (stress) ، كمثير (stimulus) أو كنتيجة لصراع نفسي داخلي (a product of intrapsychic conflict) يقوم على حاجيات الفرد و رغباته و

نزواته ، أو كاستجابة (as a response) فيزيولوجية أو انفعالية . إذ يعرف الضغط في هذا التناول (النظرية المعرفية للضغط و المقاومة) ، على أنه عبارة عن علاقة خاصة بين الفرد و بيئته ، و هو بذلك (الضغط) ليس مثيرا كما تقول (folkmann , 1984) ، بل هو علاقة تصل بين الطرفين معا (الفرد و البيئة).

أ ما عن المميزة الثانية في النظرية الممعرفية للضغط و المقاومة ، و التي تتعلق بصفة التوجيه (orientation) (و هي صفة تابعة لمميزة العلائقية)، فإنها تحمل معنيين اثنين:

أولهما أن الفرد و البيئة في هذه النظرية ، يدخلان أو ينشطان في إطار علاقة ديناميكية (A Denamic relationship) دائمة و مستمرة ، موجهة للتحرك وفقا لخط تغير الوضعيات أو لتغير البيئة بصفة عامة .

ثانيهما ، أن هذه العلاقة القائمة بين الفرد و البيئة موجهة بشكل متناظر أو متبادل، أو أنها حسب تعبير (folkman , 1984)"مزدوجة التوجيه" (bidirectional) حيث يؤثر و يتأثر كل من طرفيها (الفرد و البيئة) بالآخر .

I) التقدير المعرفي في نظرية الضغط و المقاومة :

تتحدد التفسيرات التي تعطى للوقائع و الأحداث بعمليات التقدير المعرفي (cognetive appraisal processes) من وجهة نظر النظرية المعرفية للضغط و المقاومة . و لمفهوم التقدير في هذه النظرية شكلين أساسين هما : " التقدير الأولي" (primary appraisal) الذي يستعمله الفرد في تقييم (evaluation)معنى أو دلالة (significance) لإجراء أو تصرف معين بالنسبة لوضعية معينة . " و التقدير الثانوي" (secondary appraisal) الذي يمكن الفرد من تقييم إمكانيات المقاومة لديه ، و الإختيارات (alternatives)اللمتوفرة أمامه ، للتعامل مع وضعية محددة.

و لا يفوتنا أن نشير إلى أن كلا من التقدير الأولي و التقدير الثانوي يتجهان في عملهما نحو هدف موحد ، و الرامي إلى تعديل (shape) معنى مواجهة ما بطريقة تكيفية أكثر.

(1) التقدير الأولي (Primary appraisal) :

يمكننا أن نميز في هذا الشكل من التقدير ، ثلاثة أنواع من التقديرات و هي:

- التقديرات اللاعلاقية (Irrelevant).

- التقديرات التي تؤدي إلى الشعور (بالرضا و الإرتياح) (Bening-positive apparaisals) .(لم نحصل هنا على الترجمة الحرفية لهذا النوع من التقديرات.).

– تقديرات الضغط (stressful appraisals) .

* يمكن أن يقدر إجراء ما على أنه إجراء لاعلاقي (irrelevant transaction) ، عندما لا يحمل استخدام هذا الإجراء أو هذا التصرف في مواجهة صدام ما ، أي أهمية أو أي دلالة بالنسبة لعملية معالجة ذلك الصدام بتوفير الراحة و الرضا .

* أما عن التقديرات من النوع (bening - positive) فإنها تظهر عندما يتعلق الأمر بالإجراءات التي لا يشكل اللجوء إلى استخدامها أي إرهاق أو أي تجاوز لحدود قدرات الفرد و إمكانياته ، بل على العكس من ذلك ، إذ يقود استخدامها إلى نتائج إيجابية ، و لهذا فإننا نجد أن هذه الفئة من التقديرات ، تتميز بوجود مشاعر الرضا و السرور(pleasurable emotions) .

* أما فئة التقديرات الخاصة بالضغط (stressful appraisals) ، فإنها تشكل حيزا مهما ، و تلقى اهتماما خاصا في النظرية المعرفية للضغط و المقاومة . و تضم تقديرات الضغط ثلاثة أصناف هي الأخرى .

- -الضرر / الفقدان (Harm / loss)
- -الخطر أو التهديد (threat)
- -الإعتراض أو التحدي (challenge)

و يعود التقدير من النوع (الضرر / الفقدان) (Harm / loss) إلى الضرر أو الأذى الذي يلحق بالفرد إثـر تعرضه لحالات معينة من الفقدان ، كفقدان عزيز أو صديق ، أو الإصابة بمرض جسـدي عضـال ، أو فقـدان التقدير الذاتي أو الإجتماعي (self or social esteem) . بينما يرتبط التقدير الخاص بالخطر أو التهديد (threat) بصفـة مباشرة بحالة الفقدان أو بحالة الضرر حيث أن حدوث مثل هـاتين الحـالتين ، يكـون دومـا مصحوبـا بوجـود خطـر أو تهديد .

أما النوع الخاص بتقديرات الإعتراض أو التحدي (challenge) فإنه يتعلق بعوامـل النمـو (growth) ، و بالتغلب أو التفوق (mastery) أو بالفوز : (the gain) .

و يرى كل من (Lazarus and Folkman , 1984) أن التقديرات من النوع (ضرر / فقدانharm) (loss/، و (التهديد) (threat) تتميز بوجود الإنفعالات السلبية (negative emotions) ، مثل الغضـب الخـوف ، و الإستياء . (anger , fear , resemtment) بينما تتميز تقديرات الإعتراض أو التحدي (challenge) بوجـود انفعالات الإشباع و الرضا (pleasurable emotions) ، كالإستثارة(excitement) واللهفة (eagerness).

إن التقدير الأولي (primary appraisal) في النظرية المعرفية للضغط و المقاومة يتأثر بمجموعة من العوامل التي منها ما يتعلق بالفرد ذاته ، و منها ما يتعلق بالوضعية محل التقدير . و سنعرض فيما يلي كلاً مـن العوامـل المتعلقـة بالفرد ، و العوامل المتعلقة بالوضعية محل التقدير.

أ) العوامل المؤثرة المتعلقة بالفرد:

من بين أهم العوامل التي تؤثـر في عمليـة التقديـر الأولي ، و الـتي تعـود إلى الفـرد ذاتـه ، نجـد ، الإعتقـادات (beliefs)، و الإلتزامات (commitments) .

و يعطي (Wrubel , Benner , & Lazarus , 1981) الأهميـة الكـبرى لهـذه العوامـل الشـخصية في تحديد عملية التقدير الأولي ، و ذلك لكونها (العوامل) هي المسؤولة عن:

- - تحديد العنصر البارز و الأكثر أهمية في صدام أو مواجهة معينة .
- - تحديد الصيغة أو الكيفية التي يفسر بها الفرد الحدث أو الواقعة و كذلك الإنفعالات و جهود المقاومة ضد ذلك الحدث.
- - توفير القاعدة المعرفية الضرورية لعملية تقييم النتائج.

*** الأعتقادات (Beliefs) :**

يصف كل من (Wrubel , Benner , & Lazarus , 1981) ، الإعتقادات بأنها أفكار موجودة مسبقا (preexisting notions)حول الواقع ، و تكون هذه الأفكار بمثابة عدسة إدراكية (perceptueal lens) يدرك الفرد من خلالها و وفقا لها الواقع.

و هناك نوعان من الإعتقادات ، تحدث عنها (Wrubel, Benner, & Lazarus, 1981) :

- - إعتقادات عامة (general beliefs) كالإعتقادات الدينية .
- - و اعتقادات نوعية أو خاصة (specific beliefs) كالاعتقادات الشخصية .

كما يرى العلماء السابق ذكرهم ، أن الإعتقادات المعممة حول المراقبة أو التحكم (Generalized beliefs about control) تشكل واحدة من بين أكثر الإعتقادات تأثيرا في عملية التقدير الأولي. و تتعلق الإعتقادات المعممة بالمدى الذي يفترض أن تصل إليه قدرة الأشخاص على التحكم في العواقب أو النتائج أو مراقبتها (Control of autcomes) .

و في هذا السياق ، و حول فكرة أو مفهوم المراقبة أو التحكم (control) تحدث (Rotter, 1966) عن مفهومي الإتجاه الداخلي للتحكم ، (the internal locus of control) ، و غلإتجاه الخارجي للتحكم أو المراقبة (the external locus of control) و يعني (Rotter, 1966) بالإتجاه الداخلي للتحكم (the internal locus of control) ، الإيمان (conviction) بأن الحوادث التي نصادفها ما هي إلا نتيجة لسلوكات الخخاصة ، على عكس الإتجاه الخارجي (the external locus) الذي يقصد به الإيمان القاطع

بفكرة تدخل قوى خارجة عن إرادة الفرد ، و أقوى منه في حدوث وقائع معينة ، و ترجع تلك القوى العظمى إلى الحظ ، النصيب ، و القدر ، أو إلى أصحاب السلطة و النفوذ (Luck ,chance , fate or powerful others).

و يعتقد (Rotter , 1966, 1975) أن هذه الإعتقادات المعممة الخاصة بالمراقبة أو بالتحكم (Generalized control expectacies) تأثيرها البالغ على عملية التقدير حينما يتعلق الأمر بوجود وضعية غامضة أو جديدة . (ambiguons or novel situation) إذ يرى أنه في حالة الوضعية الغامضة(ambiguous situation)أين تغيب المعلومات الواضحة و الكافية التي تمكن الفرد من استيعاب معنى الوضعية) يلجأ الشخص إلى القيام بمجموعة من العمليات الإستدلالية و الإستنتاجية انطلاقا من تجربته العامة(general experience) و استنادا إلى استعداداته الشخصية التي من بينها الإعتقادات (Beliefs) بغية التوصل إلى فهم ما يحدث أمامه في تلك الوضعية.

و في نفس المجال وجد (Archer , 1979) ، أنه أمام وضعية غامضة جدا (highly ambiguous) ، يتوقع أن يقدر الفرد ذو الإتجاه الداخلي في التحكم ، تلك الوضعية على أنها وضعية قابلة للمراقبة ، أو أنها وضعية يمكن التحكم فيها . (controllable situation) . بينما يتوقع من الفرد الذي يتصف بالإتجاه الخارجي في التحكم (external locus of control) أن يقدر تلك الوضعية على أنها غير قابلة للضبط أو للمراقبة (uncontrollable situation) .

****الإلتزامات (Commitments) :**

يتصور كل من (Lazarus and Folkman , 1984) الإلتزامات على أنها " تعبر عما هو مهم بالنسبة لفرد ما ، و ماذا يعني ذلك الشيء المهم بالنسبة له " (ص . 56) . و هي بذلك تحدد الشيء موضع الرهان (stake) أو المخاطرة في صدام أو مواجهة معينة بدرجة ضغط عال .

و يضيف (Lazarus and Folkman , 1984) أن الإلتزامات (commitments) هي التي تشكل القاعدة التي يستند إليها الأشخاص ، للمحافظة على قيمهم المثالية (Valued ideals) و لتحقيق الأهداف المرغوب فيها (acheive desired gools) .

و هناك نماذج من الإلتزام (patterns of commitments) تحدث عنها الباحثان (Lazarus and Folkman , 1984) ، بمعنى أن هناك بعض الأمور تتطلب درجة عالية من الإلتزام ، في حين لا يتطلب بعضها الآخر إلا درجة أقل من الإلتزام إن لم نقل أنها لا تفرض أي نوع من الإلتزام على الإطلاق.

و قد توصل (Wrubel et al. , 1981) إلى وجود ميكانيزمات (mechanisms) ، تؤثر من خلالها الإلتزامات على عملية التقدير , و يتمثل دور تلك الميكانيزمات في توجيه الفرد أو قيادته نحو الوضعيات التي تجلب له الرضا و الراحة ، و أخذه بعيدا عن تلك التي تشكل مصدرا للخطر أو للضرر بالنسبة إليه.

فاللاعب الرياضي مثلا كما يعتقد (wrubel et al ., 1981) ، يشكل الفوز (the gain) بالنسبة إليه التزاما (commitment) و هو ما يدفعه إلى بذل كل ما في وسعه من أجل الدخول في تدريبات شاقة و صارمة ، و الإمتناع عن كل المتع التي من شأنها أن تقلص فرص الفوز و حظوظه لديه.

مثال آخر يسرده (wrubel et al. , 1981) لتوضيح كيف أن الإلتزامات تقود الفرد نحو الخوض في الوضعيات التي تجلب له الرضا ، و تحول دونه و دون تللك التي تشكل بالنسبة له مصدر تهديد أو خطر. و يتعلق المثال بالطفل الذي يرغب في كسب رضا رفقائه , ادنراه يشارك في كل النشاطات التي يفضلها أو يستحسنها رفقائه ، و يمتنع بل و يتجنب (avoid) النشاطات التي لا تمثل موضع استحسانهم .

دائما و في نفس المحور ، كشف كل من (King ann sorrontino , 1983) عن طريقة أخرى تؤثر من خلالها الإلتزامات على عملية التقدير ، و هي المتعلقة "بتعديل حساسية المميزاج (shape cue - sensitivity) إذ بينا أن الإختلافات و التنوع في الطرق التي يقدر بها الأفراد الوضعيات ، تعود بشكل ما إلى الفروق الفردية في إعطاء الأهمية أو الوزن لمختلف أوجه مظاهر تلك الوضعيات ، و أن هذه

الأهمية المعطاة لجوانب الوضعية ما هي إلا انعكاس (reflection) لقيمهم و إلتزاماتهم (their values and commitments) و التي من شأنها تحديد حساسية (sensitivity) هؤلاء الأفراد إزاء تلك الوضعيات.

و قد أقام (mechanic , 1962) حول نفس الفكرة ، دراسة طبقها على طلبة أثناء إجرائهم لإمتحان مهم للكشف عن عامل "الحساسية العالية للميزاج (the heightened cue - sensitivity) "لدى هؤلاء الطلبة ، فتوصل إلى أنه حينما ينتهي الإمتحان و تبدأ عملية فرز الطلبة الناجحين ، ترتفع درجة حساسية ميزاج الطلبة بصورة بارزة . و يعلق (mechanic ; 1962) على هذه النتيجة ، بأن مثل هذه الحساسية العالية في الميزاج ، لم تكن لتظهر لو لم يكن لدى هؤلاء الطلبة التزاما بضرورة الفوز أو النجاح.

كما أشار كل من (Lazarus and folkman , 1984) في هذا الصدد إلى فكرة أن الإختلاف في تقدير الوضعيات الصدمية من حيث التهديد أو الخطر الذي تمارسه على الأفراد ، يعود إلى خصوصية (peculiality) نماذج الإلتزمات .

و قد وضح (Fiore , 1979) هذه الفكرة من خلال مثال يتعلق بتقدير وضعية المرض ، فأشار إلى أن البعض لا يراها (وضعية المرض) من زاوية سلبية من حيث كونها تهدد حياتهم فحسب ، بل يرى فيها أيضا حجة مقبولة (acceptable reason) لتجنب الوضعيات المحرجة أو الصعبة ، كممارسة عمل أو مهنة شاقة مثلا انطلاقا من الإعتقاد بأن عملية التجنب لمثل تلك الوضعيات يعد من صميم التزامات المريض نحو نفسه و التي تفرضها عليه وضعية المرض . كما أن البعض الآخر من المرضى ، وبحكم اعتقاده بفكرة أن المرض يلزمه بطريقة تعامل معينة معه ، فإنه يسعى إلى أن تكون وضعية المرض ذاتها طريقة مشروعة لتلقي المساعدة و الإهتمام , و من هنا يظهر الإختلاف في تقدير وضعية المرض .

(Klinger , 1975) هـو الآخـر أكـد دور الإلـتزام في دفـع أو صـد الخطـر أو التهديـد (the role of commitment in wording off threat) من خلال توجيه الفرد نحو مجموعة من النشاطات التي من شأنها أن تخفض من شدة الخطر أو درجة التهديد ، و تدعم جهود المقاومة ضد العقبات و العوائـق االـتي تعـترض الفرد.

كانت هذه إذن العوامل التي تؤثر في عملية التقدير الأولي (primary appraisal) و التي تتعلق بالفرد ذاتـه ، و هناك أيضا عوامل تتعلق بالوضعية محل المواجهة ، سنتناولها فيما يأتي:

ب) العوامل المتعلقة بالوضعية (situational factors) :

تشـمل العوامـل المتعلقـة بالوضعيـة و الـتي تؤثـر في التقديـر الأولي (primary appraisal) ، عـدة عناصر هي :

- -طبيعة الضرر أو التهديد (the nature of the harm or the threat).
- -نسبة احتمال وقوع الحادث سواء كان هذا الحادث معتادا أو جديدا .
- -الوقت الذي يحتمل أن يقع فيه الحادث.
- -و إلى أي مدى يتوقع أن تكون النتيجة واضحة أو غامضة.

و لقد اهتم العديد من البـاحثين بدراسـة هـذه العوامـل في علاقتهـا مـع عمليـة المراقبـة الذاتيـة و الضغـط ، من بينهم :

(Averill , 1973 ; Epstein & Ronpenian , 1970 ; Lazarus , 1966 ; Miller , 1979 ; Thompson , 1981) .

كما كشف كل من (Lazarus and Folkman , 1984) في نفس المجال عن ثلاثة عوامل أساسية تتعلـق بالوضعية ، و تؤثر في عملية التقدير الأولي ، و هي:

- -الحداثة (novelty) .
- -القابلية للتنبؤ (predictability) .
- -عدم التأكد من وقوع الحادث (event incertaintly) .

*** عن عامل الحداثة (novelty)** : ، فإن الوضعية التي لم يسبق للفرد أن صادفها من قبل ، تؤدي به إلى اللجوء إلى القيام بمجموعة من الإستدلالات ، يستنبطها من معلوماته و معارفه العامة كي يصل إلى تقدير تلك الوضعية . و يرى كل من (Lazarus and folkman , 1984) أيضا بخصوص عامل الحداثة ، أن الوضعية الجديدة على الفرد لا تشكل وضعية ضغط (Stressful situation) بالنسبة له ، إلا إذا ارتبطت تلك الوضعية بوجود ضرر أو خطر ما ، و عندما تصبح الوضعية نفسها مصدرا للتهديد.

**** أما عن عنصر القابلية للتنبؤ(predictability) :**

فإن (Lazarus and folkman , 1984) يريان أنه يشكل محورا هاما في البحوث الخاصة بمفهوم الضغط . و قد وفرت أعمال كل من (weinberg and levine , 1980) في هذا الشأن ، العديد من المعلومات حول أهمية و دور عامل القابلية للتنبؤ في تخفيض الضغط.

و قد سبقت هذه الأعمال ، أعمال كل من (Badia and Culberston , 1970) و التي توصلت إلى نتيجة ، مفادها أن الصدامات أو المواجهات (enconters) التي يتمكن الفرد من التنبؤ باحتمال حدوثها ، تكون درجة نفوره منها |أو تجنبه لها أقل من تلك التي لا يتمكن من التنبؤ بوقوعها مسبقا.

***** أما فيما يتعلق بالعامل الثالث** : و هو الخاص ، بعدم التأكد من وقوع الحادث (event uncertaintly) ، فإنه يخضع لمبدأ الإحتمالات (notion of probability) حسب وجهة نظر كل من (lazarus and folkman , 1984) . و يظهر الدور الذي يلعبه هذا العامل في عملية التقدير بصفة بارزة في الحالات العويصة من المرض الجسدي ، أين يصبح عدم التأكد من وقوع الحادث عنصرا ضاغطا (stressful) ، يشكل مصدرا مهما لقيام عنصر الخطر أو التهديد(threat) , و قد بين هذا الأمر كل من(mages and mendelsohon , 1979) في دراسة لهما حول آثار مرض السرطان على حياة المصابين به ،

إذ تبين أنه من بين المشاكل الحقيقية التي يعاني منها المصابون بالسرطان , يوجد الغموض الذي يتسم به مسار هذا المرض، و العلاج الخاص به في نفس الوقت . الأمر الذي يجعل القابلية للتنبؤ حول تقدم العلاج أو فعاليته أمرا صعبا يشوبه دوما عنصر الشك و عدم التأكد ، و هو ما ينشأ عنه إضافة مصدر جديد للضغط .

2) التقدير الثانوي (secondary appraisal)

يطلق اسم التقدير الثانوي في النظرية المعرفية للضغط و المقاومة على عملية تقييم كل من امكانيات المقاومة والاختيارات (Evolution of coping resources and options). و يبدأ عمل التقدير الثانوي مباشرة بعد حدوث التقدير الأولي بوجود ضرر ، فقدان ، تهديد أو اعتراض (Harm, loss, threat, challenge) . اذ يتم في عملية التقدير الثانوي تقييم الامكانيات الخلصة بعملية المقاومة و مصادرها التي تشمل : المصادر الجسدية (الفيزيائية) ، الاجتماعية ، السيكولوجية (النفسية) ، و المادية ، و التي يتطلبها التعامل مع وضعية معينة.

و قد قدم كل من (Folkman et al., 1979 ; Schacfer et al., 1982) وصفا شاملا يتعلق بإمكانيات عملية المقاومة المختلفة أو مصادرها , مرفوقا بعدد من الأمثلة حول هذه المصادر ، و التي نذكر من بينها:

- -الصحة و القوة (health , energy) التي تدخل ضمن مجموعة المصادر الجسدية لعملية المقاومة.
- - الدعم الاجتماعي و الدعم الانفعالي (Social and emotional support) و التي تندرج تحت فئة المصادر الاجتماعية للمقاومة.
- -الإعتقادات (beliefs) ، مهارات حل المشكل (problem - solving skills) و التقدير الذاتي (self-esteem)كأمثلة عن مصادر المقاومة السيكولوجية .

و يتـأثر التقديـر الثـانوي إلى حـد كبـير بتقديـرات الوضعيـة الخاصـة بعمليـة التحكـم أو المراقبـة (situational appraisals of control) ، نظـرا لأن تلـك التقديـرات ترجـع إلى الإعتقـادات أو الأحكـام (beliefs and judgments)الـتي يصدرهـا الشـخص بشـأن إمكانيـات المراقبـة أو التحكـم أثنـاء مواجهـة أو صدام متميز .

و في هذا الشأن تؤكد (Folkman , 1984) على أهمية التقييمات (Evaluations) التي يقوم بها الفـرد فيما يخص المتطلبات التي تفرضها وضعية ما من جهة ، و على آثار تلك التقييمات على استعماله لاسـتراتيجيات معينـة في التعـامل مـع تلـك الوضعيـة مـن جهـة أخـرى , و في نفـس المجـال دائمـا ، يـرى كـل مـن (Lazarus and Folkman , 1984) أن التقديـر الثـانوي عمليـة تقييميـة معقـدة (a complexe evaluative process) يتم من خلالها انتقاء الأساليب الأكثر ملائمة في عمليـة المقاومـة و الـتي يتوقع منها أن تكون على مستوى من الفعالية في مراقبتها أو تحكمها في وضعية معينة . و هو أمر لا يتم إلا انطلاقا من عملية التقييم الأولي لنتائج استعمال استراتيجية خاصة أو مجموعة مـن الإسـتراتيجيات الـتي مـن شـأنها توفـير مقاومـة نوعية (a specific coping) ضد متطلبات معينة.

و دائما حول فكرة التعقيد (complexity) الـذي تتميز بـه هـذه التقديـرات الخاصـة بعمليـة التحكـم أو المراقبة (control appraisals) يشير كل من (cohen and lazarus 1979) إلى أن هذا التعقيـد يظهـر بشـكل بـارز و بصفـة خاصـة في السـياقات المرتبطـة بـالمرض ، إذ تهـدف تقديـرات عمليـة التحكـم في هـذه السياقات إلى :

- - "التخفيض من ضرر أو أذى الشروط المحيطية (Reduce harmful environmental conditions) ، و زيادة أو تعزيز إمكانيات أو فرص الشفاء (enhance prospects of recovery) .
- - التغاضي عن (tolerance) أو التكيف (adjust) مع الوقائع و الأحداث السلبية للمرض .
- - الحفاظ على "صورة جسدية موجبة (mantain a positive self-image)" .
- - الحفاظ على التوازن الإنفعالي (maintain emotional equilibrum) .
- - الإستمرار في إقامة العلاقات مع الآخرين " . (ص 232).

* و بخصوص العلاقة بين شكلي التقدير المعرفي ، التقدير الأولي و التقدير الثانوي فإن هناك عمل متبادل بين هذين النوعين من التقدير في عملية المقاومة . و قد تحدث كل من (Lazarus and Folkman) عن هذا التفاعل بينهما في العمل على تخفيض درجة الضغط و تعديل شدة و مضمون ردود الأفعال الإنفعالية ، و هو تفاعل على مستوى عال من التعقيد.

II) مكانة التقدير المعرفي في نظرية الضغط :

(THE PLACE OF COGNETIVE APPRAISAL IN STRESS THEORY) :

بينت دراسات كل من:

(Lazarus, 1966,1968; Lazarus , Averill,& Option,1970 .)
(Folkins , Lawson , Opton , & Lazarus , 1968;
Lazarus & Alfert , 1964; Lazarus , Opton , Normikos, & Rankin , 1965; Speisman , Lazarus , Mordkoff, & Davison , 1964) .
(koriat , melkman , averill , & lazarus , 1972) .

أن عمليات التقدير المعرفي (cognetive appraisal processes) تؤثر على مستويات الإستجابة للضغط و تتوسطها ، و أن هذه العلاقة الوسطية (the mediation relationship) بين الضغط و التقدير المعرفي ، تتوقف على عدد من الخصائص الشخصية (personality caracteristics) ، و على العوامل التي تتعلق بالوضعية مصدر الضغط (situational factors). و قد تبعت هذه الدراسات حول أهمية التقدير المعرفي في نظرية الضغط ، دراسات أخرى كدراسات:

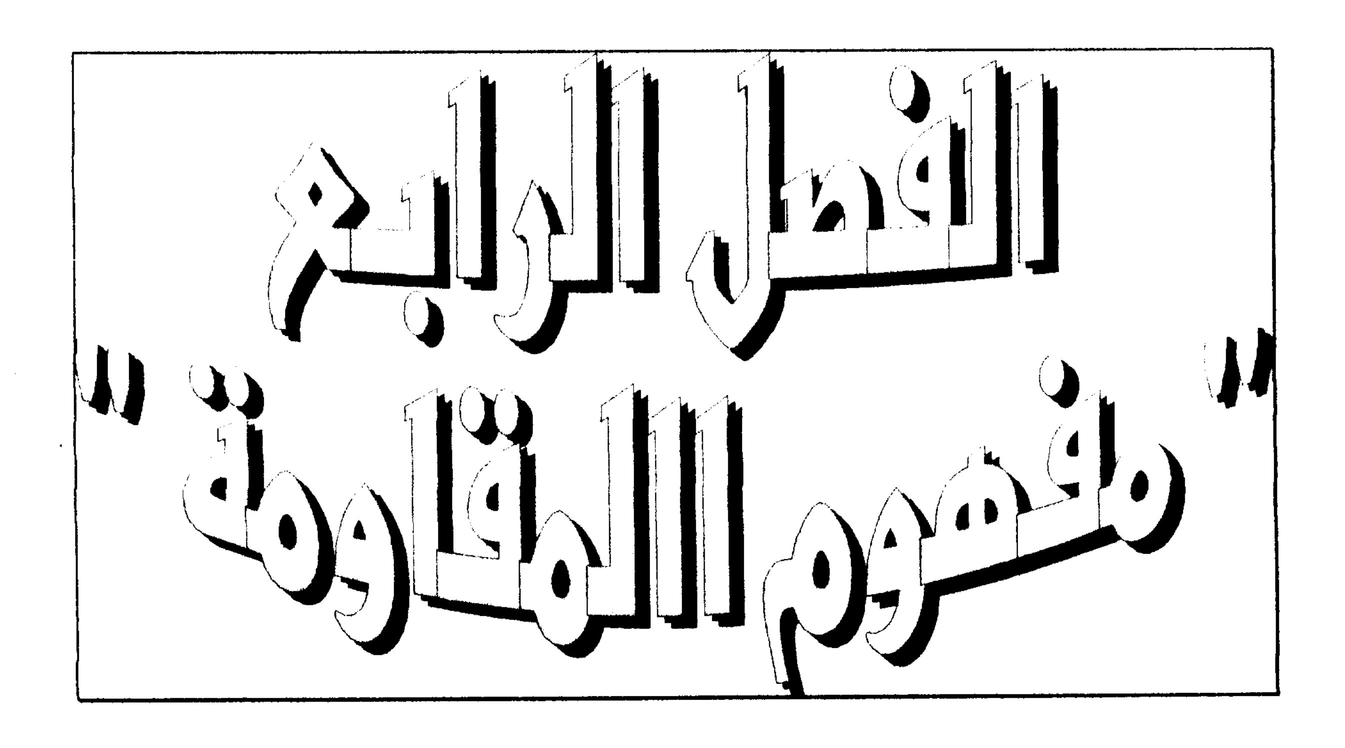
(Bennett & Holmes , 1975 ; Bloom , Houston , & Burish , 1977 ; Holmes & Houston , 1974) .

التي تحدث فيها أصحابها عن مفهوم يدخل في سياق عمليات التقدير المعرفي و هو مفهوم " إعادة التقدير" (reappraisal)، و الذي يقصد به هنا ، إعادة تعريف (redefinition) وضعية الضغط . بحيث تم خلال

الدراسة التي قام بها كل من (Holmes & Houston , 1974) ، تعريض أفراد العينة إلى تهديد (threat)، و ذلك باستعمال مجموعة من الصدمات الكهربائية المؤلمة ، كما تم إعطاء نوعين من التعليمات (instructions) لأفراد المجموعة التي عرضت للتهديد مع الإشارة إلى أنه تمت الإستعانة بمجموعة ظابطة ، عرضت للتهديد ، دون أن تعطى لها التعليمتين . و كانت التعليمتان كما يلي :

- -إعادة تحديد الخطر (redefinition of threat) ، و يقصد به أن يأمر الأفراد بتخفيض الضغط بواسطة التفكير في الصدمة الكهربائية أو تصورها على أنها أحاسيس فيزيولوجية ممتعة (interesting physiological sensations).
- -عزل التهديد (threat isolation) ، و يعني أنه على الأفراد المعرضين للصدمات الكهربائية أن يعملوا على تخفيض الضغط من خلال البقاء منعزلين و بعدين عن التأثر بتلك الصدمات (by remaining detached and involved) .

ثم تم بعد ذلك تسجيل مستويات الإستجابة للضغط ، فكانت النتائج ، أن أظهر الأفراد الذين طبقوا التعليميتين السابقتين (الخاصتين بإعادة التعريف و العزل) ، زيادات في مستويات الإستجابة للضغط بالمقارنة مع أولئك الذين لم تعط لهم تلك التعليمات التي تشمل استراتيجيات معرفية لعملية المقاومة (cognetivve coping strategies) و من هنا تظهر مكانة التقدير المعرفي و أهميته في تحديد درجة الاستجابة للضغط .


الفصل الرابع
" مفهوم المقاومة "

مقدمة :

يمكننا القول بأن أهمية مفهوم المقاومة (Coping) ، ظهرت بصفة ملحوظة في الفترة الممتدة بين الأربعينات و الخمسينات ، و لازالت أهميته العلمية قائمة إلى حد الآن ، إذ يشكل هذا المفهوم في الوقت الحالي ، المحور الذي تقوم عليه البرامج التربوية و العلاجية في ميدان علم النفس ، و التي تهدف إلى تطوير و تحسين المهارات الخاصة بعملية التوافق السيكولوجي.

يندرج مفهوم المقاومة ضمن سياق نظري (theoretical context) يختلف باختلاف التناولات التي تحدثت عن هذا المصطلح ، إذ هناك التناولات الكلاسيكية التي تتمثل في النموذج الحيواني (the animal model)، و اللتناول السيكوديناميكي (psychodynamique approach) ، و هناك التناولات الحديثة التي يمكن أن نحصرها في التناول الظاهراتي أو الفينومينولوجي (phenomenological approach).

I) التناولات الكلاسيكية لمفهوم المقاومة:

(TRADITIONEL APPROACH) :

تشتمل التناولات الكلاسيكية على نوعين من النماذج أو التناولات ، انفرد كل نوع منها بكتابات نظرية خاصة به ، طبقا لتصوره (conceptualization) لمفهوم المقاومة . و يمكننا الحديث عن نوعين أساسين من البحوث النظرية لنوعين مختلفين من التناولات ، يتصل النوع الأول بما يسمى " بالبحوث التجريبية التقليدية على الحيوان" ، بينما يتعلق النوع الثاني "بالتحليل النفسي "

1) التنـــاول الـذي قدمتـه البحـوث التجريبيـة علـى الحيــوان لمفهـوم المقاومة :

يستند هـذا التنـاول إلى نتـائج البحـوث القائمـة علـى مـا يعـرف بـالنموذج الحيوانـي للضغـط و المقاومـة (the animal model of stress and control) و هـو تنـاول متـأثر إلى حـد كبـير بـالفكر الدارويني حول مبدأ الصـراع مـن أجـل البقـاء ، إذ يسـتخدم مصطلـح المقاومـة (coping) للدلالـة علـى ميكـانيزم للتكيـف ، يستعمله الفـرد للدفـاع ضـد مختلـف التهديـدات التي تأتيـه مـن العـالم الخـارجي أو للدفـاع ضـد انفعـالات داخلية ، كميكـانيزم التجنـب أو الهروب (avoidance or escape) المسـتعمل في حالـة الخوف و الفـزع أو ميكـانيزم المواجهـة أو الهجـوم (Affrontemant or attack) المسـتعمل في حالـة الغضب .

و يعـرف هـذا التنـاول المقاومـة علـى أنهـا عبـارة عـن مجموعـة مـن الأفعـال و النشـاطات (acts) الـتي يكمـن دورهـا في مراقبـة التقلبـات الـتي تحـدث في المحيـط ، و بفضـل تلـك المراقبـة المسـتمرة ، يتـم التخفيـف مـن حـدة الإضطـراب السـيكوفيزيولوجي الـذي يمكـن أن تحدثـه التغـيرات الطارئـة في المحيـط .

و يرى (Miller. N.E. , 1980) أن هـذا التنـاول ينظـر إلى المقاومـة علـى أنهـا عبـارة عـن سـيرورة (process) تتكـون مـن االسـلوكات المتعلمـة ذات الفعاليـة في تخفيـض (lowering) مسـتوى الإضطـراب ، و التخفيـف مـن حدتـه ، مـن خـلال الوصـول إلى ازالـة أو إلغـاء خطـر أو ضـرر معـين .

غـير أننـا إذا رجعنـا إلى التصـور الـذي يقدمـه هـذا التنـاول لمفهـوم المقاومـة ، نجـد أنـه يتحـدث عـن مفهـوم المقاومـة مـن خـلال بعـد واحـد لمصطلـح المقاومـة ،و المتمثـل في بعـد التخفيـض مـن حـدة الإضطـراب السـيكوفيزيولوجي (lowering psychophysiological disturbance) كمـا يعـبر عنـه في هـذا التنـاول ,

و في هذا الصدد يرى كل من (Lazarus and Folkman , 1984) أن البحوث التي تستند إلى النموذج الحيواني للضغط و المراقبة ، ترتكز أساسا ، و بصفة عامة على ما يسمى بالسلوك التجنبي أو سلوك التفادي (Avoidance behavior) ، و على سلوك الهرب و الفرار (escape behavior) . و هو الشيء الذي لا يمكننا من الكشف عن باقي السلوكات أو الإستراتيجيات التي يتضمنها مصطلح المقاومة .

2) تناول التحليل النفسي للمقاومة :

يتناول التحليل النفسي مصطلح المقاومة ، على أنها مجموعة من الأفكار الواقعية و المرنة (Realistics and flexible thoughts) التي يتمثل دورها في إيجاد حل للمشاكل ، ومن خلالها يتم التخفيض من حدة الضغط.

و يرتبط مفهوم المقاومة في هذا التناول بعدد من العمليات أو السيرورات (processes) التي يستعملها الشخص في معالجة الإضطرابات المتوقع حدوثها على مستوى علاقاته مع الآخرين , و تشتمل عملية المقاومة من منظور هذا التناول على سلسلة من الإستراتيجيات (strategies) التي تتطور انطلاقا من ميكانيزمات أولية أو ابتدائية (primmar) غير ناضجة (Immature) ، إلى ميكانيزمات ناضجة (mature mechanisms) بالإصطلاح التحليلي .

و قد تحدث (vaillant , 1977) في هذا الشأن ، عن مجموعة من الدفاعات (Defences) التي تتطور انطلاقا من الميكانيزمات الذهانية (psychotic mechanisms) ، كميكانيزم إنكار الواقع الخارجي (denial of external reality) ، التشويه أو التحريف (distortion) ، و الإسقاط الوهمي (delusional projection) ، إلى مستوى أعلى من النضج ، و المتمثل في الميكانيزمات الناضجة (mature mechanisms) ، كميكانيزم التصعيد (sublimation) و الغيرية أوحب الغير. (Altruism)

كما أن النموذج التحليلي يتصور مفهوم المقاومة على أنه في حقيقة الأمر ، عبارة عن نمط أو سمة (style or trait) , و من هذا المنطلق ، قدم محاولة لقياس مفهوم المقاومة , و تنحصر محاولة القياس هذه ، في عملية تصنيف الأفراد طبقا للنمط أو السمة التي يتميز بها كل واحد منهم ، قصد إيجاد ثوابت يمكن الإعتماد عليها في التمييز بين الأشخاص ، أو بهدف التمكن من وضع مؤشرات تنبؤية ، و توقعات حول الطريقة أو الأسلوب الذي يلجؤون إليه للمقاومة ضد الأشكال المختلفة من ا لضغوطات . إذ يعتقد هذا التناول أنه يمكن لإنسان ما أن يصنف على أنه ذو نمط خاضع أو امتثالي (conformist) ، أو أنه ذو نمط واع (conscientious) أو أن يدرج ضمن فئة أصحاب النمط الوسواسي - القهري (obsessive - compulsive)، أو مع الذين يتسمون بالكبت (repressor) أو مع أولئك الذين يتميزون بالتصعيد (sublimation) .

و يمكننا أن نذكر هنا أعمال كل من:

(Leovinger, 1976 ; Shapiro, 1965) ; Vaillant , 1977)،

التي دارت حول محاولة تصنيف دفاعات الأنا ، بغية التوصل إلى نماذج معينة للشخصية ، مع الإشارة إلى أن هؤلاء المؤلفين ، قد أدخلوا في أعمالهم هذه ، عناصر من علم النفس المعرفي للحديث عن الميكانيزمات الدفاعية التي تدخل ضمن سياق مفهوم المقاومة . غير أن لهذا التناول التحليلي حدود يقف عندها في محاولته التي قدمها لقياس المقاومة , و تتمثل هذه الحدود ، كما تحدث عنها كل من (Lazarus and folkman,1984) في بعض الصعوبات المنهجية الهامة ، و التي تجعل من هذا التناول تناولا ناقصا ، إذ أن المقاييس التي وضعها لقياس المقاومة (و التي تركز على فكرة التصنيف) لا تتوفر على عنصر جيد للتنبؤ ، و لا على عنصر الثبات ، و هما شرطان أساسيان و ضروريان في كل مقياس أو اختبار جيد .

II) التناولات الحديثة (التناول الفينومينولوجي أو الظاهراتي) :

(PHENOMENOLOGICAL APPROACH) :

يعد التعريف الذي قدمه (Lazarus , 1966) حول مصطلح المقاومة (و الذي يرتكز على وجهة نظر فينومينولوجية) نقلة هامة و أساسية في مجال تحديد مفهوم المقاومة . إذ أضاف البعد السلوكي (Behavioral dimention) في تعريفه للمقاومة . و يعرف (Lazarus , 1966) المقاومة على أنها " عبارة عن مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية (cognetive and behavioral efforts)الموجهة نحو السيطرة على المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد الفرد ، أو تتجاوز حدوده و إمكانياته ، أو نحو التخفيض من تأثيرها ، أو نحو تحملها. "

و قد قدم بعد ذلك كل من (Lazarus and Folkman , 1984) تعريفا آخر في نفس المنظور لمصطلح المقاومة ، يقترب إلى حد كبير من التعريف السابق . فكان تعريفهما للمقاومة بالشكل التالي

" تعد المقاومة مجموعة جهود سلوكية و معرفية ، في حالة تغير مستمر ، تهدف إلى معالجة متطلبات داخلية و/ أو خارجية خاصة ، مقدرة على انها تشكل عبئا يفوق إمكانيات الفرد و قدراته." (ص . 141).

(Coping is a constantly changing cognetive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceding the resources of the person .) (p.141).

و قد ارتئينا أن نتبنى هذا التعريف في بحثنا هذا بخصوص مصطلح المقاومة ، اعتقادا منا بوجود عدة مبررات لذلك و هي :

1-) أن هـذا التعريـف يتصـور المقاومـة على أنهـا " عملية موجهـة " (process-oriented) ، و ليسـت " سمـة موجهـة " (trait-oriented) كمـا يراهـا النمـوذج التحليلـي ، و هـو مـا تعكسـه عبـارة "متغيرة باسـتمرار'' (constantly changing) ، الـتي وردت في التعريـف .

و مـن هـذا المنطلـق ، فـإن هـذا التنـاول يعنـى بـتركيز الإهتمـام كلية على أفكـار الشـخص و سـلوكاته الآنيـة الـتي يصدرهـا وفقـا لشروط و متطلبـات خاصـة . بينمـا يقودنـا تصـور المقاومـة كسـمة (Trait) (و هـو مـا يـدل على الثبـات و الإستقرار) إلى التوقـع المسبق لمحتـوى عمليـة المقاومـة ، أو إلى نـوع أسـلوب المقاومة المسـتخدم ، انطلاقـا مـن سـلوكات الفـرد و أفكـاره االـتي اعتـاد أن يبديهـا إزاء ظـروف معينـة.

كمـا أن عبـارة " المتطلبـات الخاصـة '' (Specific demands) الـتي جـاءت في تعريـف (Lazarus and Folkman , 1984)، تؤكـد علـى أن مفهـوم المقاومـة يـدل بـالفعل علـى ° سيرورة° (process) و ليـس " سمـة '' (trait) ، ذلـك لأنـه أمـام وجـود خصوصيـة محـددة في المتطلبـات البيئيـة ، يقتضي على المقاومـة كسـيرورة ، أن تسـاير في مضمونهـا و باسـتمرار ، مضمـون تلـك المتطلبـات ، و هو الشيء الذي يجعـل مـن المقاومـة هـي الأخـرى مقاومـة "خاصـة ''(specific) .

2) يمـيز هـذا التعريـف بـين المقاومـة "كسـيرورة عمليـات موجهـة" و بـين "السـلوك التكيفـي الأتومـانتيكي أو الالي" (Automatized adaptive belavior) . و تشـير عبـارة "جهـود معرفيـة و سـلوكية تفـوق امكانيـات الفـرد و قدراتـه " ، الـواردة في التعريـف ، إلى فكـرة أن عمليـة المقاومـة ، تجـري في شـروط معينـة مـن الضغـط النفسـي الـذي يتطلـب تحركـا معينـا ، و عمـلا ذهنيـا موجهـا نحـو معالجـة تلـك الشـروط ، و هـو الشـيء الـذي يميز المقاومـة عـن السـلوكات الأتوماتيكيـة الـتي لا تتطلـب بـذل أي جهـد معـرفي

3) إن ورود كلمـة " معالجـة '' (management) في هـذا التعريـف ، يفتـح المجـال واسـعا أمـام التحـدث عـن عـدة مصطلحـات أخـرى تتضمنهـا عمليـة المقاومـة ، أو عمليـة المعالجـة هـذه . و هـي المصطلحـات الـتي أدرجهـا (Lazarus) تحـت اسـم اسـتراتيجيات المقاومـة (coping strategies).

و الـتي صنفهـا إلى مجموعتـين كبـيرتين همـا : الإسـتراتيجيات الدفاعيـة (Defensive strategies) ،

و استراتيجيات حل المشكل (problem - solving strategies).

و بهـذه المميزات الـتي ينفـرد بهـا تعريـف (Lazarus and Folkman , 1984) لمصطلح المقاومـة ، نعتقـد أنـه تعريـف شـامل و دقيـق يتطـابق إلى حـد كبـير مـع حـدود الإشـكالية المطروحـة في بحثنـا هـذا و المتعلقة بالضغط النفسي الـذي تشـكله الإصابـة بمـرض السـكري و اسـتراتيجيات المقاومـة عنـد المصـابين بـه .

III) المقاومة كسيرورة :

: (COPING AS A PROCESS) :

إن اعتبـار المقاومـة كسـيرورة ، يجعـل منهـا عمليـة مرنـة ، قابلـة للتغـير ، إذ يـرى كـل مـن (Lazarus and Folkman, 1984) في هـذا الخصـوص ، أن التحـدث عـن المقاومـة كعمليـة ، يعـني بـالضرورة التحـدث عـن الإختـلاف أو التغير (change) في الأفكـار و السـلوكات الـتي تتضمنهـا عمليـة المقاومـة مـن مواجهـة لأخرى أو مـن صـدام لآخر ، اذ يمكـن لشـخص مـا أن يسـتخدم هـذه العمليـة بأشـكال مختلفـة و متعـددة بـاختلاف الحـالات و الوضعيـات الـتي يكـون عليهـا , و مـن هنـا جـاءت فكـرة وجـود استراتيجيات متعددة لعمليـة المقاومـة .

و في نفـس السـياق دومـا ، يرى كـل مـن (Lazarus annd Folkman , 1984) أن عمليـة المقاومـة تجـري في سـياق مميز أو خـاص (specific context) ، إذ أن الأفكـار و النشـاطات الـتي تنـدرج تحت عمليـة المقاومـة هـي دومـا موجهـة نحـو ظـروف خاصـة ، و تحـت شـروط معينـة . و لفهـم ميكـانيزم المقاومـة و لتقييمـه كذلـك ، نحتـاج إلى معرفـة مصـدر المقاومـة . بعبـارة أدق ، علينـا أن نحـدد

السياق (context) الذي تدور فيه عملية المقاومة ، و ذلك بأن نصل بين الأفكار و السلوكات المقاومة (coping behaviors) و بين الحاجة أو الطلب الذي يفرضه المحيط (the contextual demand).

و يمكن أن يظهر مدلول أو معنى المقاومة كسيرورة ، في حالات الحداد و التغيرات الحياتية الكبرى التي تدوم لفترة طويلة ، بدءا من الفترة التي وقعت فيها الحادثة . و قد وصف كل من (Lazarus and Folkman , 1984) حالة في هذا المعنى ، تدعم فكرة المقاومة كسيرورة ، إذ يتدرج سير عمل المقاومة مرحلة فمرحلة . و تتمثل هذه الحالة في حادثة فقدان عزيز , ففي هذه الحالة مثلا ، يتوقع حدوث حالة من الصدمة يتبعها أو يصاحبها الإنكار و عدم تقبل حادثة الموت تلك (shock and disbelief) كما يمكن أن يحدث تبعا لذلك حالة من الهيجان (frantic) ، و البكاء الشديد (tearfulness) ، مع تحمل صعوبة شاقة (brave strunggles) في ممارسة العمل و النشاطات الإجتماعية ، و كثيرا ما يحدث أن ينقطع الفرد في هذه الحالة عن العمل في المراحل الموالية ، و لكنه يعود بعد نهاية فترة الحداد تلك إلى حالته العادية ، ليتقبل حقيقة الأمر المتمثلة في تقبل فكرة الفقدان، و يعود الى عمله ، و الى ا لبحث عن الإرتباط من جديد بأشخاص آخرين.

و يشير (Lazarus and Folkman , 1984) تبعا لهذا المثال إلى أن هذه السيرورة (process) الكاملة من العمليات في عمل المقاومة ، يمكن أن تدوم لفترة قصيرة ، كما يمكن أن تدوم لفترة طويلة ، تمتد على بضع سنوات . و حينها تستعمل عدة أساليب أو أنماط من المقاومة . كما يتوقع في هذه الحال ، حدوث صعوبات انفعالية ، هذا بالإضافة إلى كون عملية المقاومة تظهر بشكل مختلف من مرحلة لأخرى ، و أنه في كلتا الحالتين ، سواء في حالة المقاومة ذات المدى البعيد أو المقاومة ذات المدى القصير ، هناك نموذج متغير من عمليات التقدير المعرفي و المقاومة ، و العمليات الإنفعالية (Shifting pattern of cognetive apparaisal , coping and emotional processes).

IV) الوظائف المتعددة للمقاومة :

(THE MULTIPLE FUNCTIONS OF COPING) :

تناول العديد من الباحثين الحديث عن الوظائف المتعددة للمقاومة ، كل حسب تصوره لمفهوم المقاومة في حد ذاته.

فالباحث (White , 1974) مثلا ، تحدث عن ثلاثة أنواع من الوظائف :

- 1- ضمان تأمين معلومات كافية و ملائمة حول المحيط أو البيئة.
- 2- الحفاظ على استقلالية أو حرية الحركة ، وحرية التصرف في استعمال رصيد المعلومات بطريقة مرنة .
- -3- الحفاظ على الشروط الأساسية لعمليتي الأداء و انتقاء المعلومات.

كذلك (mechanic , 1974) ، صاحب النظرة الإجتماعية - النفسية هو الآخر يتكلم عن وجود ثلاثة وظائف للمقاومة :

- 1 - التعامل مع المتطلبات الإجتماعية و البيئية ,
- 2- توفير الدافعية لمواجهة تلك المتطلبات,
- 3- المحافظة على التوازن السيكولوجي بهدف توجيه الطاقة و المهارات نحو المتطلبات الخارجية .

فيما يرى (pearlin and schooler , 1978) أن وظائف المقاومة تتمثل في :

- - إحداث تغيير في الوضعية التي تكثر أو تزداد فيها التجارب الباعثة على التوتر الشديد.
- - تحديد التجارب المولدة للضغط الشديد.
- - معالجة الضغط .

و لقد تحدث كل من (Folkmann and Lazarus , 1980) عن نوعين رئيسيين من الوظائف المتعلقة بعملية المقاومة ، و هما : المقاومة التي تركز على المشكل (Problem - focused coping) ، و المقاومة التي تركز على الإنفعال (Emotion - focused coping)، و ذلك في دراسة أقاماها على مائة (100) فرد ، تتراوح أعمارهم بين 45 و 64 سنة ، قصد الكشف عن الطريقة التي يقاومون بها ضد فئة متنوعة من الوقائع الحياتية خلال مدة زمنية تقدر بسبعة أشهر.

و قد قدمت من أجل ذلك قائمة استراتيجيات المقاومة المعروفة و التي تحتوي على تسعة و ستين (69) بندا ، بين أشكال المقاومة التي تركز على الإنفعال و أشكال المقاومة التي تركز على المشكل (problem-focused and emotional-focused strategies) . و كأمثلة على استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل و التي تتضمنها المقاومة نجد عبارة : " يتعين على الفرد أن يكون قادرا على تغيير وجهة نظره " , وعبارة ."وضع مخطط واتباعه " . اما عن الامثلة التي تتعلق بالإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال ، فنجد عبارة : '' تقبل تعاطف و تفهم الآخرين " و عبارة " السعي إلى التغاضي عن المسألة ككل" .

و قد بينت نتائج هذه الدراسة ، أن أشكال المقاومة التي تركز على المشكل (Problem--focused coping) ، يكثر اللجوء إليها عند الوضعيات التي تقدر على أنها وضعيات قابلة للتغير (Changeable) ، في حين أن اشكال المقاومة التي تركز على الإنفعال (Emotion-focused coping) تظهر أكثر عندما يتعلق الأمر بوضعيات قدرت على أنه لا سبيل إلى تغييرها ، أو أنه ليس هناك إجراء ما من شأنه أن يزيح الخطر أو الأذى الناجم عنها .

و سنعرض فيما يلي ، النوعين الأساسيين لوظائف المقاومة كما يتصورها (Lazarus , 1966) .

1) أشكال المقاومة التي تركز على الإنفعال (Emotion - focused forms of coping) :

تؤلف هذه الأشكال من المقاومة مجموعة واسعة جدا من العمليات المعرفية (Cognetive processes) الموجهة نحو التخفيض من حالة التوتر الإنفعالي (Emotional distress) ، إذ تضم هذه الأشكال استراتيجيات عديدة من بينها : التجنب أو التفادي (Aviodance)، التقليل من أهمية الشيء (Minimazation) ، الإبعاد أو الإبتعاد (distancing) ، الإنتباه الإنتقائي (selective attention) ، و المقارنات الإيجابية (positive comparisons).

و حسب (Lazarus , 1966) ، فإن هذه الإستراتيجيات يمكن أن تؤثر على الإنفعال بطرق مختلفة . إذ من الممكن جدا أن يقود استعمال بعض هذه الإستراتيجيات الخاصة بالمقاومة التي تركز على الإنفعال إلى إعادة تقدير (reappraisal) للوضعية محل المواجهة ، و ذلك بتغيير معنى تلك الوضعية أو إعطائها تفسيرا آخر (changing the meaning of the situation) . و بهذا الأسلوب يصل الفرد إلى التقليل من قيمة أو أهمية الخطر المحدق به، و الذي تشكله تلك الوضعية. و لهذا السبب أطلق (Lazarus , 1966) على جهود المقاومة من هذا النوع اسم الإستراتيجيات الدفاعية (Defensive strategies).

و تعمل هذه الإستراتيجيات وفق نشاط معرفي يمكن الفرد من إعطاء تصور ذاتي (Self -conceptualization) ، كالإبتعاد (Distancing) ، أو إعادة تقييم وضعية ما تقييما إيجابيا (positive evaluation) ، و الذي يكمن دوره في تحويل تهديد ما إلى تحدي.

و يشير (Lazarus , 1966) في هذا المجال ، إلى أن فعالية هذه النشاطات المعرفية في تخفيف التوتر الإنفعالي تتوقف على مستوى أو درجة الضغط ، إذ أنه من الصعب تحويل النشاط نحو فكرة التحدي ، عندما يتعلق الأمر بالوضعيات ذات الضغط العالي أو المرتفع ، كما هو الشأن بالنسبة للوضعيات التي تهدد حياة الفرد ، حيث سرعان ما يظهر عجز هذه الإستراتيجيات عن مواجهه تلك الوضعيات . كما يمكن لهذه الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال ، أن تؤثر بطريقة أخرى على الإنفعال إذ من الممكن أن تعمل على إحداث تغيير في درجة الإنتباه و التركيز . فاستراتيجيات التجنب (Avoidance) أو الهروب (Escape) مثلا ، تحول دون الإنتباه و التركيز على مصدر الضغط ،و هو الشيء الذي ينجم عنه هدوء أو راحة انفعالية مؤقتة . و لهذا فإن (Lazarus , 1966) يتصور هذه الميكانيزمات التكيفية (adaptive mechanisms) على أنها ذات دور مرحلي أو انتقالي (transitive)ليس إلا ، مما يجعلها قليلة الفعالية و الإنجاز .

2) أشكال المقاومة التي تركز على المشكل :

(Problem - focused forms of coping):

هي استراتيجيات تظهر في حالة المواجهة (confrontation) أو التخطيط (planing) ، وهي بذلك تمكن الفرد من الحصول على إمكانيات تغيير الوضعية التي هو بصدد مواجهتها ، الشيء الذي يؤدي مباشرة إلى تغيير الحالة الإنفعالية.

هذا النوع من أشكال المقاومة موجه نحو تحديد المشكل ، إيجاد حلول بديلة (Alternative solutions) ، دراسة و تحديد فعالية و عواقب هذه الحلول الجديدة ، ثم اختيار واحد منها و تطبيقه , و لهذا السبب تقترب استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل (Problem - focused coping strategies) من الإستراتيجيات المستعملة لحل المشكل (Problem - solving strategies).

غير أن المقاومة التي تركز على المشكل (Problem - focused coping) حسبما يراها (Lazarus 1966) تشتمل على فئة واسعة من الإستراتيجيات الخاصة بتوجه المشكل (Problem-oriented strategies) ، بالمقارنة مع تلك التي تشمل عليها استراتيجيات حل المشكل (Problem - solving strategies) .

كما أن الإستراتيجيات التي تركز على حل المشكل تحتوي على عملية تحليل ذاتية ، تركز بصفة أولية على المحيط أو البيئة ، بينما تضم المقاومة التي تركز على المشكل (Problem - focused coping) ، استراتيجيات موجهة نحو الداخل (نحو الفرد ذاته) بهدف دراسة و اختيار امكانياته و قدراته في حل المشكل المطروح.

و قد أشار (Kahn et al. , 1964) إلى هذه الفكرة بحديثه عن الإستراتيجيات الموجهة نحو المشكل ، إذ يرى أن هناك مجموعتين كبيرتين من هذه الإستراتيجيات ، إحداهما موجهة نحو المحيط ، والأخرى نحو الذات . و تختص الإستراتيجيات الموجهة نحو المحيط ، في تعديل و تبديل كلا من الضغوطات المحيطية أو البيئية (environmental prossures) العوائق (barriers) ، و الإجراءات و الوسائل المتخذة بشأن أمر ما (ressources and pocedures) ، و كذا العلاقة أو الصلة (the link) بين هذه الأشياء.

بينما تعمل الإستراتيجيات الموجهة نحو الذات على تغيير مستوى أو درجة الطموح (level of aspiration) ، و التخفيض من المتطلبات الذاتية (ego involvement) ، و إيجاد قنوات أو مصادر بديلة للإشباع و الرضا (alternative channels of gratification) و تطوير معايير سلوكية جديدة (new standards of behavior) ، أو تعلم مهارات جديدة(new ,skills) .

و يشير كل من (Lazarus and folkman , 1984) في هذا الصدد إلى أن عدد الأشكال المعروفة أو المتوفرة في الكتابات النظرية و في البحوث الخاصة بالمقاومة التي تركز على المشكل (Problem-focused forms of coping)، و التي يلجأ الأشخاص إلى استعمالها إزاء الوضعيات الحياتية المختلفة ، قليل إذا ما قورن بعدد الأشكال أو الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال(Emotion - focused strategies).

V) العلاقة بين وظائف المقاومة التي تركز على المشكل و وظائف المقاومة التي تركز على الإنفعال :

(THE RELATIONSHIP BETWEN PROBLEM AND EMOTION -FOCUSED COPING FUNCTIONS):

نظريا ، يمكن لشكلي المقاومة (التي تركز على الإنفعال ، و التي تركز على المشكل) أن يسهلا (facilitate) عمل بعضهما البعض ، كما يمكن أن يعيق كل منهما عمل الآخر . و قد بين (Miller, 1980) كيف أن كل شكل من شكلي المقاومة يمكنه أن يسهل عمل الآخر ، من خلال المثال التالي و المتعلق بمعاناة امرأة من القلق و التوتر الشديدين ، كلما همت بالصعود إلى خشبة المسرح لتقديم عرضها . وقصد التغلب على شعورها بالقلق ، تجدها تلجأ إلى التنفس بعمق ، و تعمل على تهدئة نفسها شيئا فشيئا. و باستخدامها لهذه الإجراءات ، تنتقل إلى استخدام أشكال المقاومة التي تركز على المشكل (problem focused formes of coping) كإمعان النظر جيدا مثلا في محتويات العرض ، واسترجاعها في ذاكرتها ثانية ، ثم عرضها ، و هو الشيء الذي يسهل عليها الخروج من ذلك المأزق.

في نفس المجال ، و قصد توضيح العلاقة المتبادلة بين المقاومة التي تركز على المشكل و بين المقاومة التي تركز على الإنفعال ، و التي تسهل فيها كل منهما عمل الأخرى ، يضرب لنا العالم (Machanic, 1962) مثالا آخر حول الطالب الذي يعاني من مستوى عال من القلق و التوتر ، حينما يكون بصدد إجراء امتحان مصيري ، و كيف أن هذه الدرجة العالية من القلق ، تبدأ في التلاشي والإنخفاض التدريجي، بمجرد أن يتحول اهتمام الطالب و انتباهه ، لينصب على إجراء الإمتحان .

و يتضح لنا من خلال هذا المثال ، كيف أن الإنتقال من استعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال، إلى استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل و حل المشكل ، و كيف أن التوجه نحو القيام بالفعل (المقاومة التي تركز على المشكل) ، ينجم عنه تخفيض في التوتر الإنفعالي .

و لتبيان كيف أن نوعي المقاومة (التي تركز على المشكل و التي تركز على الإنفعال) ، من الممكن أن يعرقل كل منهما عمل الآخر ، قدم (Breznitz , 1971) مثالا يتعلق بالشخص الذي يكون حديث العهد بتشخيص لمرض يعاني منه ، إذ يتجه هذا الشخص نحو جمع المعلومات و تقييمها (Gathering and evaluating information) و يصر على ذلك . و يساهم اكتسابه لتلك المعلومات المتعلقة بمرضه ، في ازدياد نسبة الشك لديه بخصوص خطورة حالته ، و يضخمها ، كما يرفع من درجة القلق لديه . و يمكننا أن نلاحظ هنا كيف أن استعمال المقاومة التي تركز على حل المشكل (جمع المعلومات و تقييمها) يزيد من حدة التوتر الإنفعالي لدى هذا الشخص ، و هو الشيء الذي يجعله يلجأ إلى ميكانيزمات معينة ، كميكانيزم التجنب (Avoidance mechanism) الذي يستعمله في هذه الحالة بهدف تخفيض التوتر الإنفعالي .

من جهة أخرى أثبتت الدراسات التي قام بها كل من :

(Hamburg et al. , 1953 ; Visotsky et al. , 1961 ; Kübler-Ross , 1969; Andreason , Noyes , & Hartford , 1972; Moos , 1977)

أن المقاومة التي تركز على الإنفعال ، والمقاومة التي تركز على المشكل ، غالبا ما تحدثان بصفة متزامنة (Concurently) و بشكل متتالي . و يمكننا أن نرى ذلك من خلال الأمثلة الخاصة بمرحلة ما بعد الأزمات و الصدمات ، كالصدمة الناتجة عن فقدان عزيز مثلا , أين تحدث مرحلة رفض الواقع و نكرانه ، أو التقليل من فضاعة الواقعة (المقاومة التي تركز على الإنفعال) مباشرة و فورا بعد وقوع الحادث ، ثم نجد أن هذه المرحلة من الرفض و الإنكار للحقيقة ، تعوض تدريجيا بالتركيز على المشكل (Problem-Focused)، بهدف التلائم مع الحدود و العوائق التي تفرضها الصدمة ، و استعادة المجرى الطبيعي للحياة بصفة عامة.

و لإبراز العلاقة التبادلية بين وظائف المقاومة التي تركز على الإنفعال و التي تركز على المشكل ، قام الباحثان (folkman and lazarus , 1980) بدراسة أجريت على عينة تتكون من مائة (100) شخص ، قدمت لهم فيها ، قائمة تتكون من(69)بندا حول أساليب المقاومة بنوعيها ، التي تركز على المشكل ، و التي تركز على الإنفعال ، و ذلك قصد الكشف عن مدى استعمال النوعين بشكل مزدوج ، في حالة التعامل مع وضعيات الضغط . فاتضح بعد تحليل نتائج هذا البحث ، أنه من بين المائة شخص ، ثمانية عشر (18) فقط منهم ، يلجأون إلى استعمال نوع واحد فقط من بين نوعي المقاومة في مواجهتهم للضغط ، الأمر الذي يشير إلى فكرة وجود تزامن بين عمل المقاومة بشكليها معا .

VI) منابع أو مصادر المقاومة (COPING RESOURCES) :

تتنوع الأساليب التي يستعملها الفرد في عملية المقاومة بتنوع مصادرها أو منابعها ، و عندما نقول عن شخص ما أن لديه مقاومة متعددة المصادر أو متعددة المنابع (Resourceful) ، فهذا يعني أنه يملك العديد من المنابع و أنه بارع في إيجاد الطرق التي يستخدمها في معالجة المتطلبات التي هو بصدد مواجهتها.

و قد استعمل (Antonovsky , 1979) مصطلح "منابع المقاومة الشاملة(Generalized resistance resources) " لوصف الخصائص التي تسهل عملية التعامل مع الضغط , هذه الخصائص ، يمكن أن تكون فيزيائية ، بيوكيميائية ، معرفية ، انفعالية ، موقفية ، و احتماعية -ثقافية .

و قد جمع كل من (Lazarus and Folkman , 1984) منابع المقاومة في مجموعات ثلاث هي :

- - منابع فيزيائية و تتضمن الصحة و الطاقة(Health and energy).
- - منابع سيكولوجية ، و تتمثل في الإعتقادات الإيجابية (positive beliefs).
- - الكفاءات (competances) ، و التي تشمل كل من مهارات حل المشكل والمهارات الإجتماعية (problem-solving and social skills) .

و سنتعرض في الآتي إلى هذه المصادر بشكل من التفصيل :

1) المنابع الجسدية (الصحة و القوة أو الطاقة):
(HEALTH AND ENERGY):

إن الشخص الذي يعاني من المرض، التعب، و الإجهاد، لا يتوفر على الطاقة اللازمة للمقاومة ضد وضعية ضغط معينة. و قد بينت الدراسات التي قام بها كل من.

(Hamburg & adams, 1967; dimsdale, 1974 ; Hamburg et al., 1961)

و كذلك دراسات (bulman & worthman , 1977; visotsky et al. , 1961) حول أهمية عاملي الصحة و القوة في عملية المقاومة، أن الأشخاص يمكنهم المقاومة بصفة جيدة أمام وضعيات الضغط النفسي، باستثناء أولئك الذين يعانون من ضعف في الصحة، و أولئك الذين لا يملكون طاقة أو قوة كافية لمواجهة ذلك الضغط.

2) المنابع السيكولوجية (الإعتقادات الإيجابية):
(POSITIVE BELIEFS) :

تشكل الإعتقادات الإيجابية منبعا سيكولوجيا بالغ الأهمية بالنسبة للمقاومة. و لكن و كما أشار إليه كل من (Lazarus and Folkman, 1984)، فإنه في بعض الحالات، تكون بعض الإعتقادات الإيجابية عائقا و ليس منبعا للمقاومة. و كمثال على هذا النوع من الإعتقادات، نجد الإعتقاد بوجود العقاب الإلهي الذي يقود الفرد إلى تقبل الوضعيات الشاقة و المؤلمة، كعقاب من طرف الخالق، فيكف من جهوده في محاولة التحكم في متطلبات تلك الوضعيات و تجاوزها, بالمقابل، فإن الإعتقاد بنقص الكفاءة، و بعدم وجود أية قدرة على التحكم في وضعية ما، أو الإعتقاد بعدم جدوى و فعالية استراتيجة ما، يمكن أن يثبط من عزيمة الشخص في بذل الجهود التي تتطلبها عملية المقاومة بخصوص إيجاد حل لمشكل ما.

و على الرغم من الأهمية النظرية للإعتقادات كمنبع من منابع المقاومة ، إلا أنه لم يتوفر إلا العدد القليل من البحوث، حول الكيفية التي تظهر بها هذه الأهمية بصفة فعلية في عمليات المقاومة .

أما فيما يخص الإعتقادات التي تصنف ضمن فئة الإعتقادات الإيجابية ، و التي تشكل مصدرا فعالا من مصادر المقاومة ، نجد تلك التي تسمى "باعتقادات المراقبة و التحكم" و التي جلبت اهتمام معظم الباحثين . و قد تطرقت عدة دراسات إلى فكرة العلاقة بين أسلوب المقاومة ، و بين نوع الإعتقادات . من بين هذه الدراسات ، نجد دراسة (Strickland , 1978) التي بينت نتائجها أن الأشخاص الذين يعتقدون أن النتائج أو العواقب (Outcomes) تتوقف على نوع و مضمون سلوكهاتهم ، تختلف طريقة مقاومتهم ضد المشاكل الصحية ، عن الطريقة التي يقاوم بها الأشخاص الذين يرون أن ما يحدث لهم من وقائع ، ما هو إلا نتيجة للحظ والنصيب ، و للقضاء و القدر ، و أن هناك قوة أعلى و أقوى من مراقبتهم أو تحكمهم الذاتي (Personal control).

كما توصلت هذه الدراسة إلى أن الأشخاص الذين يتمتعون باتجاه داخلي في عملية التحكم (Internal locus of control) أي أولئك الذين يعتقدون بقدراتهم الذاتية على التحكم في الوضعية التي يواجهونها) ، يتوفرون على حظ أوفر لجمع معلومات فيما يخص مواجهة المرض ، أو فيما يخص المحافظة على الصحة . على عكس أولئك الذين يتميزون باتجاه خارجي في عملية المراقبة و التحكم (External locus of control) أي الذين يسندون أمر التحكم في الوضعية التي يواجهونها إلى قوى خارجية ، كالحظ ، القضاء و القدر و غيرها ، و ينفون قدرتهم الذاتية على التحكم فيها.

في نفس السياق ، و قصد الكشف عن العلاقة بين اتجاه التحكم أو المراقبة (locus of control) و بين سلوكات المقاومة ، قام الباحث (Andreson , 1977) بدراسة أجراها على (102) تاجر ، كانوا عرضة لخسارة مالية فادحة ، تسبب فيها فيضان . و قد تزامن إجراء هذه الدراسة مع مرور فترة عامين تقريبا على حدوث ذلك الفيضان . فوجد أن التجار الذين يتميزون باتجاه داخلي في التحكم (internal locus of control) يختلفون في نوعية السلوكات

الـتي يبدونهـا في عمليـة المقاومـة ، عـن أولئـك الذيـن يمتـازون بالإتجـاه الخـارجي في التحكـم (external locus of control) ، و أن هـؤلاء (ذوي الإتجـاه الخـارجي) لا يلجـؤون إلى الإسـتجابات الدفاعية بصفـة كبيرة ، على عكس ذوي الإتجاه الداخلي.

3) الكفاءات و المهارات (Competancies) :

أ) مهارات حل المشكل :

يلخص كل من (Janis, 1974 ; Janis and Mann , 1977) خصائص مهارات حل المشاكل في النقاط التالية :

- ـ القدرة على البحث و التنقيب عن المعلومات,
- ـ تحليل الوضعيات لتحديد المشكل و إيجاد طرق جديدة و بديلة للنشاط.
- ـ دراسة مجمل هـذه الطرق البديلة للنشاط و تحديد النتائج المتوقعة عن تطبيقها,
- ـ انتقاء الطرق البديلة الأكثر ملائمة و فعالية في حل المشكل المطروح.
- ـ و أخيرا ، تنفيذ الخطة للقيام بالنشاط (حل المشكل) ,

و تشكل هـذه المهارات منبعا هاما من منابع المقاومة ، و يرى (Rosenbaum , 1980) ، أنها تنحدر من مجموعة التجارب التي عاشها الفرد ، من مجمل معارفه ، و قدراته المعرفية و الفكرية على استعمال و توظيف هـذه المعارف ، بالإضافة إلى قدرته على التحكم أو الضبط الذاتي (Self-control) .

ب) المهارات الإجتماعية (Social - skills) :

المهارات الإجتماعية ، هي الأخرى تشكل مصدرا مهما من مصادر المقاومة ، نظرا للدور العام الذي يلعبه النشاط الإجتماعي في التوافق السيكولوجي . إذ توفر هذه المهارات الإجتماعية للفرد ، القدرة على الإتصال ، و التصرف مع الآخرين بطرق أكثر فعالية ، و أكثر ملائمة اجتماعيا . و لهذا يرى الباحثان (Lazarus and Folkman , 1984) بخصوص المهارات الإجتماعية ، أنها تسهل عملية حل المشاكل التي تعترض الفرد في علاقاته مع الآخرين ، و تزيد من احتمال قدرته على التعاون معهم . كما أنها تعطي للفرد بصفة عامة ، تحكما ذاتيا كبيرا من خلال التفاعلات الإجتماعية .

VII) فعالية المقاومة (COPING EFFECTIVENESS) :

تشمل تعريفات المقاومة (التي تنطلق من وجهة النظر الفينومينولوجية) ، الجهود (Efforts) التي يبذلها الفرد قصد معالجة المتطلبات مصدر الضغط العالي ، بغض النظر عن النتائج الناجمة عن استعمال أو بذل تلك الجهود . و هذا يعني أنه ليس هناك استراتيجية جيدة و أخرى غير جيدة ، و إنما تتحدد جودة (Goodness) استراتيجية ما ، بمدى قدرتها على التأثير الفعال في تغيير وضعية ما ، و بمدى استمرار هذه الفعالية أو هذا التأثير على المدى البعيد (In the long term) . و في هذا الشأن يرى كل من (Lazarus and Folkman , 1984)أنه لابد أن نأخذ بعين الإعتبار المضمون أو السياق الذي تجري فيه عملية المقاومة في تقييمنا لهذه العملية ، حتى نكشف عن مدى التطابق بين الوضعية محل المواجهة و بين الإجراء المتخذ بشأن مقاومة تلك الوضعية من جهة ، و عن مدى نجاح تلك المقاومة في تغيير العلاقة من النوع " الشخص – البيئة '' (Peson - Environement) إلى الأفضل من جهة اخرى .

و لقد تحدثنا فيما سبق ، عن نوعين رئيسيين من وظائف المقاومة:

- 1) ضبط مشاعر الحزن و المعاناة أو التوتر (Regulation of distress) و هي وظيفة تقوم بها المقاومة التي تركز على الإنفعال (Emotion - focused coping) .

• 2) معالجة المشكل مصدر المعاناة او الضرر

(management of the problem that is causing the distress)

و هو الدور الذي تؤديه المقاومة التي تركز على المشكل

.(problem - focused coping)

و تتوقف فعالية المقاومة على الوظيفتين معا . فمثلا الشخص الذي ينجح في معالجة مشكل ما ، و لكن على حساب جهد أو طاقة انفعالية ضخمة ، لا يمكننا أن نصف مقاومته هذه بالفعالية.

و لتبيان أهمية الوظيفتين االسابقتين في فعالية المقاومة ، أعطى الباحثان (Janis and mann, 1977) مثالا في هذا السياق ، يدور حول اتخاذ القرار بوضع أحد الوالدين في مؤسسة لرعاية المسنين. إن اتخاذ مثل هذا القرار في نظر هذان الباحثان ، يمكن أن يكون بمثابة الحل الجيد و الفعال في مثل هذه الوضعية ، غير أنه يمكننا أن نتصور أن الإبن حينما يترك أباه في تلك المؤسسة ، فإنه يغادرها ، و هو يحمل في نفسه شعورا بالذنب و الإثم ، و الفقدان و اليأس. .فحتى تكون المقاومة على مستوى من الفعالية ، عليها أن تتوصل أيضا و بنجاح ، إلى معالجة هذه المشاعر السلبية . هذا لا يعني ودائما حسب وجهة نظر (Janis and mann,1977) أنه يجب أن تكون هناك مشاعر إيجابية حتى نقول أن المقاومة فعالة . و لكن المطلوب (في هذا المثال) فعلا ، هو معالجة تلك الإنفعالات أو المشاعر السلبية.

في المقابل ، فإن الشخص الذي يملك قدرة على ضبط انفعالاته بصفة ناجحة ، دون أن يتمكن من التعامل المباشر مع مصدر المشكل ، لا يمكن أن يكون ذا مقاومة فعالة هو الآخر . و هو الأمر الذي وضحته نتائج دراسة كل من (Shen & Levenson, 1982) و كذلك دراسة

(Levenson , shen , grossman , newman, & newlin , 1980 .)

التي أقيمت حول ظاهرة "الإدمان على الكحول" , إذ أظهرت نتائجها أن الإدمان على الكحول ، كشكل من أشكال المقاومة ضد التوتر الإنفعالي (كما يعتقد المدمنون على الكحول) ، يحول دون [illegible]

جهود المقاومة التي تركز على المشكل (problem - focused coping) ، و التي تتطلب مستوى معينا من التركيز و الإنتباه ، و القدرة على التصور و التخطيط .

و يرى كل من (Lazarus and Folkman , 1984) ، أنه لكي تكون المقاومة فعالة ، يجب أن يكون هناك توافق أو انسجام جيد بين جهود المقاومة و عناصر أخرى . و تتعلق هذه العناصر بالقيم (values)الأهداف أو المقاصد (gools) ، الإعتقادات (beliefs) و أنماط المقاومة المفضل استعمالها (preffered styls of coping).فعندما تتعارض مثلا ، استراتيجيات المقاومة بشكل كبير مع القيم الشخصية للفرد ، و يؤدي ذلك التعارض إلى وجود صراع بينهما ، فإن استراتيجيات المقاومة تلك ، تصبح بدورها مصادر جديدة أو إضافية للضغط.

و على ذكر فعالية المقاومة ، و دورها في تخفيف الضغط النفسي نشير إلى أننا سنخصص الفصل الموالي ، للتحدث عن دور المقاومة في التخفيف من مستوى الضغط السيكولوجي ، الناتج عن الإصابة بالمرض المزمن عامة ، و بمرض السكري بصفة خاصة ، من خلال عرض بعض الدراسات التي بينت أهمية المقاومة ، و دورها الفعال في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن .

الفصل الخامس

" دور المقاومة في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن عامة، و مرض السكري خاصة "

مقدمة :

في هذا الفصل الخاص أساسا بدور استراتيجيات المقاومة في تخفيض مستوى الضغط النفسي الذي يسببه مرض السكري ، سنتعرض كخطوة أولى إلى العلاقة بين الضغط ، المقاومة ، و بين المرض المزمن ، ثم إلى توضيح أهمية نظرية الضغط و المقاومة في شرح الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن ، لننتقل بعدها إلى الحديث عن مرض السكري ، كمصدر للضغط السيكولوجي بالنسبة للمصابين به ، و عن العوامل التي تؤثر في التكيف الفيزيولوجي الحسن مع مرض السكري ، لنصل في الأخير إلى الحديث عن العلاقة بين المقاومة و بين الضغط السيكولوجي و بين عملية تنظيم الإقلاب ، لنوضح دور استراتيجيات المقاومة في تخفيف مستوى الضغط السيكولوجي الذي يمارسه مرض السكري على المصابين به ، وبالتالي التنظيم الحسن لنسبة السكر في الدم ، و هو الهدف الذي يسعى إليه المهتمون بعلاج مرض السكري , و قد ارتئينا أن نثري هذا الفصل من خلال عرضنا لبعض الدراسات الحديثة التي نراها مناسبة لذلك الغرض .

ا) العلاقة بين الضغط ، المقاومة ، و المرض المزمن :

لنفهم العلاقة بين الضغط السيكولوجي ، المقاومة ، و المرض المزمن ، لابد من الأخذ بعين الإعتبار ، تلك العملية المتطورة باستمرار من المقاومة التي يمارسها الأفراد ، أمام الحوادث و الوضعيات ذات الضغط العالي .

و قد شكل السؤال عن مضمون أو عن طبيعة هذه العلاقة الثلاثية ، التي تحتل فيها المقاومة ، موقعا وسطيا بين متغير الضغط و المرض ، محور العديد من الدراسات ، كالدراسات التي أقامها الباحثون:

(Diamont , 1982; barefoot , Dahlstron , & williams , 1983; Long , Ostfeld , & Ogeloby , 1983; Williams et al. , 1980)

و الـتي دلـت نتائجهـا علـى أن المقاومـة مـن المحتمـل أن تؤثـر علـى المتغـيرين "الضغـط و المـرض" و ذلـك مـن خـلال تأثيرهـا علـى تفـاعلات الضغـط الكيميائيـة - العصبيـة (Neurochimical stress reactions) ، مـن حيـث تواتـر تلـك التفـاعلات ، شـدتها ، مدتهـا و طبيعتها . و يتم هذا التأثير انطلاقا مـن :

(1) عـدم القـدرة على تحسين الظروف المحيطية مصـدر الخطـر ، أو عـدم القـدرة على الغائهـا كليـة . و يرجـع ذلـك ، إلى عـدم فعاليـة المقاومـة الـتي تركـز علـى المشـكل(problem-focused coping) ،بسبب :

- الصعوبة الـتي تتميز بهـا الوضعيـة أو الظـرف المحيطي مصـدر الضغـط
- - او العجز في إمكانيـات المقاومـة الـتي تركـز علـى المشـكل ذاتهـا.

و مـن هـذا المنطلـق ، فـإن الضعـف في نشـاط المقاومـة الـتي تركـز علـى المشـكل مـن المحتمـل أن يزيـد مـن درجـة النفـور و الإبتعـاد عـن الوضعيـة مصـدر الضغـط ، الشـيء الـذي يـؤدي إلى التحريـض أو الإثـارة المتفاقمـة لتفـاعلات الضغـط الكيميائيـة-العصبيـة.

(2) عـدم القـدرة علـى ظبـط التوتـر الإنفعـالي (emotional distress) إزاء الأخطـار و الأضـرار المحدقـة ، و هـو أمـر يعـود إلى العجـز في عمـل المقاومـة الـتي تركـز علـى الإنفعـال (emotion-focused coping) . إذ يمكـن لهـذه الأخـيرة ، أن تؤثـر سـلبا علـى الصحـة ، و ذلـك بعرقلـة السلوكات التكيفيـة المرتبطـة بـالمرض.

و قـد بـين (Kartz et al. , 1970) في هـذا الشـأن ، أن اسـتراتيجيتي الإنكـار و التجنـب(denial and avoidance) (و همـا اسـتراتيجيتان تنتميـان إلى فئـة المقاومـة الـتي تركـز علـى الإنفعـال) يمكنهمـا تشـكيل عـائق أمـام تحقيـق سـلوك تكيفـي مـع ظـروف المـرض ، بـالرغم مـن أنهمـا تنجحـان إلى حـد مـا في التخفيض من حالة التوتـر الإنفعـالي ، لأنهمـا تبعـد ان الفـرد عـن التعـامل الفعلـي و الملمـوس مـع المشـكل.

و في نفس المحور أقام كل من (Kinsman , Dirks , Jones , and Dahlen , 1980) دراسة بشأن الجهود التي يبذلها المصابون بالربو (asmatics) لتخفيض درجة القلق لديهم ، إذ تبين أنه عندما يعترف هؤلاء المرضى بصعوبة عملية التنفس كحقيقة موجودة لديهم، و يدركونها كمشكل يستحق أن يقلقوا بشأنه ، و أن يتعاملوا معه بواقعية ، و بشكل منظم ، فإن عملية المقاومة التكيفية (adaptive coping)تسهل لديهم . و لكن الأمر يختلف عندما لا يعطي المصابون بالربو الحجم الحقيقي من الأهمية لصعوبة التنفس التي يعانون منها ، فلا يقلقون بشأنها ، و هو ما يؤدي إلى التخفيض من درجة فعالية أو من نشاط المقاومة في مواجهة الأعراض الخطيرة للربو.

نفس النتائج توصل إليها الباحث (Farberows , 1980) عما أسماه بسلوك التدمير الذاتي لدى المصابين بمرض السكري . (self-destructive behavoir in diabetics) و يقصد به ، أن المصابين بالسكري ، ينكرون أو يرفضون الحقيقة المتعلقة بوجود مضاعفات بالغة الخطورة لمرضهم ، لأنها حقيقة تبعث الرعب و الإنزعاج في نفوسهم ، و من أجل هذا نجدهم يفشلون في مسايرة متطلبات مرضهم عندما تظهر لديهم تلك المضاعفات ، فيعجزون عندها عن الإلتزام بالنظام العلاجي المتعدد الجوانب و الملائم لمثل هذه الحالة . و قد ركز (Survit , Feinglos , & Scovesn, 1983) على أهمية عامل الإلتزام بمقتضيات و شروط النظام العلاجي الخاص بمرض السكري ، في عملية تكيف المريض مع مرضه . و نجد من بين تلك الإلتزامات ، ضرورة المحافظة على الممارسة الذاتية للنشاطات المتعلقة بنظام العلاج الخاص بمرض السكري ، كمتابعة نظام الحمية ، ممارسة التمرينات الملائمة ، و المثابرة على العلاج الطبي و تحمل صرامته . و تشير المعطيات الإمبريقية و الملاحظات اليومية التي تلفت انتباهنا بخصوص الأشخاص المصابين بالسكري إلى أن هؤلاء كلما واضبوا على النظام العلاجي المقدم لهم ، و كلما حافظوا على شروطه ، كلما زاد احتمال تحكمهم في مراقبة معدل السكر في الدم ، الشيء الذي يجعلهم يشعرون بارتياح انفعالي ، ويزيد من نسبة فرصهم في التوافق السيكولوجي و الإجتماعي مع مرضهم . و تشير هذه المعطيات أيضا إلى وجود فروق فردية في درجة التوافق النفسي الإجتماعي مع المرض و مع ما يشكله من ضغط سيكولوجي . و لهذا فإننا نعتقد أنه من الملائم جدا أن نتعرض إلى تناول هذه الفروق ، و شرحها في

اطار نظري ارتئينا أن يكون ذا طابع معرفي ، و ذلك لعدة أسباب ، أهمها أننا انطلقنا في بحثنا هذا من إشكالية تدور في سياق معرفي ، و تبحث في أهمية و دور عملية المقاومة في تخفيف مستوى الضغط النفسي الناتج عن الاصابة بمرض السكري ، و في فائدة النموذج العلاجي المعرفي و نجاعته في تقديم سند سيكولوجي للمصاب بمرض السكري ، قصد تمكينه من الإستجابة بصفة أكثر فعالية للعلاج المقدم له.

و على هذا الأساس ، فإننا نعتقد أن أنسب إطار يمكننا أن نتحدث فيه عن الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن ، هو إطار النظرية المعرفية للضغط و المقاومة ، باستخدام مفهوميها الأساسيين " الضغط" و " المقاومة " (Stress and Coping) . و سنحاول أن نبين نجاعة هذه النظرية في تفسير الفروق الفردية فيما يتعلق با ستجابات المصابين بالمرض المزمن ، من خلال عرضنا لدراسة في هذا المجال .

II) أهمية نظرية الضغط و المقاومة في شرح الفروق الفردية في االتوافق السيكولوجي مع المرض المزمن :

(The utility of stress and coping paradigm in explanation of defferences in psychological adjustement to chronic illness)

بينت دراسة كل من (Palmore , and Luikart , 1972) ، و دراسة (Larson , 1978) ، أن هناك ارتباط بين الحالة الإنفعالية الجيدة (Emotional well-being) للأشخاص المتقدمين في العمر ، و بين الصحة الجسدية (Physical health) لهؤلاء . كما كشف الباحث (zarit.z. , 1980) في دراسة له حول الإضطرابات العقلية في مرحلة الشيخوخة ، ان التدهورات الصحية التي يعرفها الاشخاص في هذه المرحلة من العمر ، غالبا ما تكون الإصابة بأمراض مزمنة ، هي السبب المباشر في التعجيل بظهورها ، و أن تلك الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى تدهور في

الصحة ، ما هي إلا عبارة عن شكل تجريبي (Experimental form) للضغط النفسي الذي يكون الفرد عرضة له ، خلال مرحلتي العمر المتوسط و نهاية فترة الكهولة . و قد تبين أيضا من خلال نتائج دراسة (Zarit. Z. , 1980)هذه، بخصوص التدهورات الصحية الناجمة عن الإصابة بأمراض مزمنة ، أن هناك احتمال بأن يكون لتلك التدهورات الصحية أثر عميق على عملية التوافق السيكولوجي (Psychological adjustement).

و يعبر هذا الأثر الذي يظهر على عملية التوافق السيكولوجي عن ردود الأفعال التي يبديها الأفراد ، إزاء إصابتهم بمرض مزمن . و لا بد من الإشارة إلى الإختلاف الموجود في ردود أفعال الأشخاص ، اتجاه الإصابة بالمرض ، و هو الأمر الذي ارتكزت عليه أعمال(Lazarus , 1966, 1981 1982)، إذ عبر (Lazarus) عن ردود الأفعال تلك بمصطلح "المقاومة" (coping) ، ليتكلم عن أهمية الفروق الفردية في الكيفية التي يدرك بها الأفراد ، الحادث مصدر الضغط (Stressful event) . و من بين المسلمات التي انطلق منها (Lazarus) في تأسيسه لنظريته الخاصة بمفهوم المقاومة ، هي أن الطريقة التي يعمل بها الفرد على تقدير (Appraisal) الوضعية مصدر الضغط هي التي تحدد أسلوبه في المقاومة ضد تلك الوضعية، و أن الإختلاف بين الأفراد في طرق تقديرهم لوضعيات الضغط التي يكونون عرضة لها ، يؤدي حتما إلى اختلاف و تنوع في الأساليب التي يلجؤون الى استعمالها للمقاومة ضد تلك الوضعيات ، و أن هذه الأنواع المختلفة و المتنوعة ، الخاصة بالسلوكات المقاومة (Coping Behaviors) ، تتحدد بعدة عوامل ، يلخصها (Lazarus) في ثلاثة عوامل هي:

- ـ المميزات أو السمات الشخصية (Personal Characteristics).
- ـ خصائص المحيط الإجتماعي (characteristics of social environment) .
- ـ طبيعة الضغط محل المواجهة (the nature of the stress) .

إن الإفتراض الأساسي الذي تقوم عليه المفاهيم الأساسية لعملية المقاومة في نظرية الضغط و المقاومة للباحث (Lazarus) ، يتمثل في أن استراتيجيات هذه العملية ، من المحتمل أن يكون لها نتائج مختلفة عندما تستعمل للإستجابة إلى أنواع مختلفة من الوضعيات الضاغطة (Stressful Situations). و عليه فإن فعالية كل واحدة من هذه الإستراتيجيات تتوقف إلى حد كبير ، على مدى ملائمة (Appropriateness)هذه الأخيرة مع خصائص الضغط قيد المواجهة . و في هذا الخصوص بينت دراسة كل من (Pearlin and Schooler, 1978) ، أن استراتيجيات المقاومة تكمن فعاليتها الحقيقية في تخفيض حدة التوترات الإنفعالية (Reducing Emotional Distress) الناجمة عن الضغوطات التي تفرضها وضعيات معينة.

و قد أثبتت نظرية (Lazarus , 1966) المتعلقة بالضغط و المقاومة نجاعتها في تفسير الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن ، و هو الشيء الذي وضحته عدة دراسات ، من بينها دراسة (Felton,Revenson and Hinrichsen,1984.)التي دارت حول تقييم (Evaluation)فائدة أو نجاعة نظرية الضغط و المقاومة في شرح الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن . و سنتعرض فيما يلي بشيء من التفصيل لخطوات و نتائج هذه الدراسة.

- دراسة (Felton , Revenson and Hinrichsen , 1984)

- "هدفها : (objective) : تهدف هذه الدراسة إلى تقييم فائدة نظرية الضغط و المقاومة (Evaluation of the utility of the stress and coping paradigm)في شرح اختلافات التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن بين المصابين به ، و ذلك بالاعتماد على المقارنة بين الأشخاص المصابين بواحد من أربعة أمراض مزمنة مختلفة ، و هي : ارتفاع ضغط الدم ، السكري ، أمراض الرئية المفصلية ، و سرطان الدم . و تهدف هذه الدراسة إلى تبيان أكثر أنواع استراتيجيات المقاومة فعالية في تفادي (in warding of) المضاعفات السيكولوجية السلبية للمرض(The negative psychological consequences of illness).

و تأخذ هذه الدراسة بعين الإعتبار و بصفة خاصة جدا خصائص المرض المزمن و التي تتصدرها خاصية :" أخذ المسؤولية التامة في المراقبة الذاتية و الطبية للمرض° (The illness' amenability to medical and personal control) و هو الأمر الذي يستدعي وجود استراتيجيات خاصة في عملية المقاومة .

• - منهجها (The Methode) :

أ) العينة : صممت هذه الدراسة على أساس المقارنة بين أشخاص يعانون من واحد من بين الأمراض المزمنة الأربعة التالية :

- ارتفاع ضغط الدم(hypertention).
- مرض السكري (Diabetes mellitus).
- أمراض الرثية المفصلية (Rheumatoid arthritis).
- سرطان الدم (Systemic blood cancers).

و قد اختيرت هذه الأنواع الأربعة من الأمراض المزمنة، لكونها تشكل متصلا ثلاثي المستويات أو ثلاثي النقط (Three - Point Continunm) ، يتعلق بقابلية هذه الأمراض للمراقبة أو للضبط (Controllability) إذ يقع في النقطة الأولى من هذا المتصل ، مرض ارتفاع ضغط الدم (Hypertention) لكونه قابل إلى حد كبير للظبط و المراقبة ، و ذلك بفضل نجاعة الحمية الغذائية و العلاج الكيميائي ، اللذان يسمحان بتطور حسن لمسار العلاج . كما أن العملية العلاجية الخاصة بمرض ارتفاع ضغط الدم ، يمكن الإشراف عليها بصفة ذاتية من جهة ، و أن الإلتزام بالنظام العلاجي المحدد تقع مسؤوليته إلى حد بعيد على عاتق المريض نفسه.

و يقع مرض السكري في النقطة الثانية ، ليتوسط المتصل الثلاثي ، فمن خلال أعراض مرض السكري ، و التي عادة ما تستجيب ببطء للحمية الغذائية و الأدوية نجد أن مضاعفات المرض ، خاصة على مستوى جهازي الدورة الدموية و الكلى ، لا يمكن التحكم في تطورها إلى حد كبير .

و تتمركز أمراض الرثية و سرطان الدم في النقطة الثالثة و الأخيرة من المتصل ، بسبب الصعوبات البالغة إن لم نقل الإستحالة في عملية التنبؤ بتطوراتها و في القابلية للستجابة للعلاج المقدم.

تتكون العينة في هذه الدراسة من 170 فردا مصابا بواحد من بين الأمراض الأربعة السالفة الذكر ، من غير المقيمين بالمستشفى و ممن لا تقل أعمارهم عن الأربعين سنة (40) . و قد تم حصر أفراد العينة في مجموعات أربع حسب المرض الذي يعانون منه.

-المجموعة الأولى ، و تشتمل على 38 مصابا بمرض ارتفاع ضغط الدم .

-المجموعة الثانية ، و تتكون من 44 مصابا بمرض السكري .

-المجموعة الثالثة ، و تضم 45 مصابا بأمراض الرثية المفصلية .

-المجموعة الرابعة و تتشكل من 42مصابا بسرطانات الدم .

و قد قدر المعدل العام لمدة الإصابة بالمرض لكل أفراد العينة بـ 65 شهرا ، كما تم خلال مقابلة هؤلاء المرضى ، إلقاء بعض الأسئلة حول خصوصيات مرضهم ، و حول تفاصيل نظام العلاج المقدم لهم.

ب) الإختبارات و المقاييس المستعملة :

تم في هذه الدراسة ، استخدام عدة اختبارات و مقاييس منها ، الطبية ، و منها النفسية ، و تمثلت هذه الإختبارات في:

- التشخيص الطبي (Medical diagnostic) :

استعملت في هذه الدراسة معطيات التقرير الذاتي (Self-report data) للتأكد من أن ادراكات المرضى في العينة حول مرضهم ، تتطابق مع الخصائص الطبية لمرضهم ، و التي يتم الكشف عنها (الخصائص) بالرجوع إلى التشخيص الطبي الأولي الخاص بكل مرض من الأمراض الأربعة ، الواردة في الدراسة:

- • - إختبارات المقاومة (Coping measures) :

اشتملت اختبارات المقاومة التي استعملت في هذه الدراسة على ستة 6 سلالم (6 Scales) تضم استراتيجيات المقاومة التي تم اشتقاقها من خلال التحليل العاملي (Factor analysis) لخمسة و خمسين (55) بندا متعلقا بأساليب المقاومة . 45 بندا منها ، تم جلبها من "سلم طرق المقاومة" الذي وضعه الباحثان (Folkman and Lazarus , 1980) ، أما فيما يخص البنود العشرة (10) الباقية فقد تم اشتقاقها من عمل الباحثان (Pearlin and Schooler , 1978) حول بنية المقاومة (The Structure of Coping).

و قد طلب من أفراد العينة ، خلال تطبيق اختبارات المقاومة ، أن يحددوا الأسلوب الذي يلجؤون إليه عادة في استجاباتهم لمرضهم ، و ذلك من خلال الإشارة إلى واحدة من بين الإجابات الخمسة المتواجدة في سلم متدرج.

و السلالم الستة الخاصة باختبارات المقاومة المطبقة في هذه الدراسة هي :

أ) إعادة البناء المعرفي (Cognetive Restructuring) :

و يضم هذا السلم (13) بندا ، تتعلق بجهود الفرد في إيجاد أوجه أو جوانب إيجابية لتجربة المرض (Individual effort of finding positive aspects of illness experience) و تعكس هذه الإستراتيجية الخاصة بإعادة البناء المعرفي ، الصورة التي يعيد بها الفرد من جديد ، تقديره المعرفي للمرض (Cognetive Reappraisal for the illness) الشيء الذي يجعل المرض يبدو أقل خطرا و تهديدا (less threatening) بالنسبة للمريض ، و أقل إزعاجا لراحته الإنفعالية (less distressing) .

ب_) التعبير الإنفعالي (Emotional expression) : في هذا السلم (8) بنود تصف الكيفية التي يعبر بها الفرد عن توتره الإنفعالي و تذمره من المرض.

جـ) الإعتقاد الرغبي الوهمي : (wish-fulfiling fantasy) : يحتوي هذا السلم سبعة (7) بنود ، تمثل الإستراتيجية التي تصف رغبة المريض الشديدة ، و المبالغ فيها في تمني زوال المرض . و يشكل استعمال مثل هذه الإستراتيجية من طرف الفرد مخرجا له من الضجر و الإنزعاج الإنفعالي (the emotional distress) الذي تشكله الإصابة بالمرض المزمن.

د) التوبيخ الذاتي : (self-blame) : يشير استعمال هذه الإستراتيجية ذات البنود السبعة إلى عدم تقبل الفرد للمرض كمشكل مزمن ، و يصاحب عدم التقبل هذا توبيخ المصاب لذاته ، بسبب عجزه و شعوره بأنه أقل قيمة من غيره ، لكونه يعاني من تحديد في نشاطه .

هـ) البحث عن المعلومات : (information seeking) : و تصف هذه الإستراتيجية المتكونة من خمسة (5) بنود ، عملية البحث المتواصل للفرد المصاب عن كل المعلومات المتعلقة بمرضه ، و بنظامه العلاجي.

و) التقليل من أهمية التهديد الذي يمارسه المرض (threat minimization) :و تضم هذه الإستراتيجية (11) بندا ، يوفر استعمالها ، تجاوز حالة التوتر االإنفعالي الذي يكون المرض مصدرا له ، من خلال عدم المبالغة في تضخيم الخطر أو التهديد الذي يشكله المرض

- _ اختبارات التوافق السيكولوجي (psychological adjustement measures)

- استعملت في هذه الدراسة (4) مقاييس تتعلق بتقبل المرض(acceptance of illness) بهدف قياس مدى التوافق السيكولوجي مع المرض . و تضم هذه المقاييس الأربعة (11) بندا . كما استعمل أيضا، اختبار آخر يتعلق بسلم التقدير الذاتي (self-esteem scale) ، المتكون من عشرة (10) بنود بهدف تقييم شعور الفرد بقدرته و بقيمته و كفاءته.

جـ) مناقشة النتائج : (Discussion of results)

تشير نتائج هذه الدراسة التي يدور موضوعها حول فائدة نظرية الضغط و المقاومة في تفسير الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن و التي قام بها الباحثون (Felton , Reveson and Hinrichsen , 1984) إلى أن الفرق االبسيط الموجود بين المرضى في مستوى التوافق السيكولوجي مع المرض ، يمكن شرحه أو تفسيره بالرجوع إلى طبيعة إستجابات المقاومة المستعملة من طرف الأفراد داخل العينة ، كما بينت نتائج هذه الدراسة أيضا أنه ليس هناك أساليب مقاومة خاصة بمرض دون الآخر من بين الأمراض الأربعة التي تناولتها هذه الدراسة . إذ يمكننا أن نجد نفس الأسلوب من المقاومة في أكثر من مرض من الأمراض الأربعة . الى جانب هذا ، فان الأمراض التي تناولتها هذه الدراسة تختلف من حيث تأثيرها على مظهرين اثنين من مظاهر التوافق السيكولوجي ، و هما التقدير الذاتي (self-esteem)، و تقبل المرض (acceptance of illness)، إذ تبين أن هناك فرق بين تأثير الأمراض الأربعة على هاتين العمليتين حيث وجد أن الأشخاص الذين يعانون من سرطانات الدم ، و الأشخاص الذين يعانون من أمراض الرثية المفصلية ، يظهرون تقديرا منخفضا للذات (low self-steem) ، يرتبط بعدم تقبلهم للمرض (nonacceptance of illness). في حين أن الأشخاص الذين يعانون من الإصابة بمرض السكري و المصابين بمرض ارتفاع ضغط الدم ، يظهرون مستوى أعلى في تقدير الذات (high level in self esteem) بالإضافة إلى تقبلهم للمرض . و ربما يرجع هذا الى كون هذين النوعين من الأمراض ، يتوفران على مستوى من القابلية للمراقبة و الظبط يفوق إلى حد ما مستوى قابلية أمراض الرثية المفصلية و سرطانات الدم ، للتحكم أو المراقبة.

و قد اتضح من خلال تحليل طبيعة العلاقات التي وجدت بين نتائج اختبارات التوافق و بين نتائج استراتيجيات المقاومة الخاصة بكل من الإعتقاد الرغبي الوهمي (wish-fulfilling fantasy) ، أن استعمال مثل تلك الإستراتيجيات في المقاومة لا يسفر في مجمله ، عن نتائج إيجابية ، إذ أن اللجوء لاستخدام تلك الإستراتيجيات لا يقي الفرد من فقدان تقديره لذاته ، و لا يقوده إلى تقبل المرض كما أنه لا يحميه من الشعور بالحزن و الإكتئاب.

بشكل مختصر ، إن استخدام مثل تلك الإستراتيجيات من المقاومة التي تقوم على الإنفعال (Emotion-focused coping strategies)، يرتبط بوجود مستوى ضعيف من التوافق السيكولوجي " (ص. 889-898.).

كخلاصة لعرضنا لهذه الدراسة ، نقول أنه يمكننا أن نلاحظ كيف استعملت مفاهيم نظرية الضغط و المقاومة ، و الإفتراضات التي تقوم عليها هذه النظرية في تفسير الفروق الموجودة بين الأفراد في هذه العينة ، في عملية توافقهم مع المرض المزمن باعتبار أن المرض المزمن يشكل مصدر ضغط نفسي اجتماعي ، بسبب الصعوبات و المضاعفات التي يفرضها ، و بسبب طول مدته ، و صرامة العلاج الذي يتميز به . و في هذا الشأن ، سنحاول أن نشير في فقرة خاصة إلى الضغط النفسي الإجتماعي الذي تشكله الإصابة بمرض السكري لنتعرض بعدها مباشرة إلى العوامل المؤثرة في الإستجابة الفيزيولوجية التكيفية مع المرض (Adaptive psychological response to illness). و سنستعين في ذلك بعرض دراسة في هذا المجال.

III) الضغط النفسي الإجتماعي لمرض السكري :

(THE PSYCHOSOCIAL STRESS IN DIABETES):

إن معظم المشاكل التي يطرحها مرض السكري ، تتعلق بالمضاعفات (Complications) التي تنتج عن الإصابة به . الأمر الذي يستدعي من المصابين به ، اللجوء إلى عدة عمليات من المقاومة ، حتى يتمكنوا من التوصل إلى حالة التوافق مع المرض . و قد بين الباحث (Armstrong , 1987) في دراسة أجراها على المصابين بالسكري ، أن المعالجة أو التعامل الذاتي (Self- management) مع هذا المرض ، يشكل مصدرا لضغط نفسي معتبر (Considerable psychological stress) على المصابين به .

و في نفس الشأن أثبتت الدراسة التي قام بها (Wulsin et al . , 1987) ، أن التشخيص بوجود التهابات في شبكة العين (retinopathy) ، يمكن أن يقود إلى تغيرات في نماذج المراقبة الذاتية للمرض ، أو في مسار النظام العلاجي بعبارة أخرى .

و يدخل هذا التغير الذي يطرأ على مسار العلاج عند ظهور المضاعفات المتعلقة بمرض السكري في نطاق الغموض و عدم الإستقرار (Ambiguity and incertainly) ، و هما خاصيتان تفرضهما طبيعة مرض السكري ذاتها . و قد توصل كل من (Davis , 1960 and Skeet , 1970) إلى نتيجة في هذا الصدد مفادها أن الغموض و عدم الإستقرار اللذان يشهدهما تطور مرض السكري يزيدان من درجة القلق و الضغط لدى المصابين به . و في نفس المجال دائما تشير نتائج دراسة (Strauss et al. , 1984) إلى أن التغيرات التدريجية (the gradual changes) التي تعرفها المراحل الأولى من المرض ، يمكن التنبؤ بها (may be predictable) ، لكن الشيء الذي لا يمكننا التأكد منه ، هو المدة التي تستغرقها تلك التغيرات ، و درجة الخطر الذي تشكله على مسار المرض .

و يتطلب العلاج المعقد لمرض السكري من المريض به ان يكون واعيا أشد الوعي و باستمرار بنظام العلاج و بشروطه ، و عليه فإن التوصل إلى نظام علاجي ناجع و فعال يكون مرتبطا عادة بعدة عوامل منها الخارجية و منها الداخلية ، أو بعبارة أخرى ، منها ما يتعلق بالفرد المريض ذاته ، و منها ما يتعلق بمحيطه ، مع الإشارة إلى أن العوامل الشخصية لها القسط الأكبر في التأثير بطريقة أو بأخرى على استجابات الفرد لنظام العلاج المقدم له ، و على مستوى تكيفه النفسي مع المرض.

IV) العوامل الشخصية التي تؤثر في الإستجابة الفيزيولوجية التكيفية مع مرض السكري :

(INDIVIDUAL FACTORS IN ADAPTIVE PHYSIOLOGICAL RESPONSE TO DIABETES) :

ما دام مرض السكري ، مرضا مزمنا يشكل مصدرا للضغط النفسي الإجتماعي ، و هو مرض لا يمكن علاجه في مدة قصيرة و بصفة نهائية ، فإن الإهتمام بعملية مراقبة المرض من حيث خط سيره و من حيث مضاعفاته العديدة المعقدة ، أصبح يشكل هدفا للعديد من الباحثين المهتمين بهذا المجال ، و ذلك بدراسة أثر العوامل التي من الممكن أن تؤثر على الإستجابات التكيفية (Adaptive responses) مع المرض ، قصد التوصل إلى الكشف عن المؤشرات التنبوية للتكيف الفيزيولوجي مع المرض (Predictors of physiological adjustement) و التي تدل على مدى استجابة الفرد المصاب للعلاج .

و سنعرض فيما يلي دراسة في هذا الموضوع ، أقامتها الباحثة (Pollock , 1989) استثمرت فيها معظم المتغيرات التي من شأنها أن تؤثر في الإستجابات التكيفية مع مرض السكري ، و قد توصلت (pollock) من خلال هذه الدراسة إلى تحديد عوامل الإستجابة الفيزيولوجية التكيفية للعلاج .

• - دراسة (Pollock ,1989)

" انطلقت الباحثة في دراستها هذه من تصور نظري لنموذج التكيف مع مرض السكري (Conceptual model of adaptation to diabetes) الذي يستند إلى نظرية (Roy) للتكيف (Roy's adaptation theory , 1984). و قد استخدمت الباحثة ، انطلاقا من هذه النظرية أو من هذا النموذج متغيرات محددة هي :

-تقدير الضغط (stress appraisal).

-أنماط أو أساليب المقاومة (coping styles) .

-القدرة الشديدة على التحمل (hardiness) .

-التكيف الفيزيولوجي (physiological adaptation) .

[هذه المتغيرات كما سبق و أن ذكرنا وردت في التصور النظري لنموذج التكيف المستند إلى نظرية (Roy) حول التكيف ، و للمزيد من المعلومات حول هذه النظرية يمكن الرجوع إلى المرجع المصدر (Roy's adaptation theory , 1984)] .

تهدف الباحثة (Pollok , 1989) من خلال هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة الموجودة بين مختلف تلك المتغيرات ، السالفة الذكر ، و ذلك من خلال الإجابة على عدة أسئلة طرحتها في هذه الدراسة و هي :

- ما هي العلاقة بين تقديرات الضغط (stress appraisals) التي يضعها الأفراد فيما يخص مرض السكري ، و بين نماذج المقاومة (coping patterns) التي يستعملونها ؟

- ما هي العلاقة بين تقديرات الضغط التي يصدرها المصابون بداء السكري بخصوص مرضهم ، و بين قدرتهم على التحمل (their hardiness) ؟

- ما هي العلاقة بين قدرة المصابين بالسكري على تحمل مرضهم ، وبين نماذج المقاومة (coping patterns)التي يستخدمونها ؟

- ما هي العلاقة بين قدرة تحمل المرضى بالسكري لمرضهم و بين تكيفهم الفيزيولوجي (physiological adjustement)مع المرض ؟

أ) **الطريقة** : (Methode):

استخدمت الباحثة (Pollock) في دراستها هذه بالإضافة إلى تقنية المقابلة ، استبيان الضغط (stress questionnaire) قائمة طرق المقاومة التي تمت مراجعتها في 1986 (revised ways of coping checklist) من طرف كل من, Folkman (Lazarus , Dunkel , Schetter , Delongis & Gruen)، سلم التكيف الفيزيولوجي مع مرض السكري الذي وضعته الباحثة (Pollock, 1984) ذاتها (physiological adaptation to diabetes scals) و أخيرا سلم التحمل المتعلق بالمرض (the health related hardiness scale) و هو الآخر من وضع الباحثة(Pollock ., 1984)

كما تم أيضا جمع المعطيات و المعلومات الديموغرافية (demographic informations) الخاصة بالعينة قيد الدراسة و التي بلغ عدد أفرادها (30) فردا ، بمعدل عمري قدره (40,1) سنة .

و في الإستبيان الخاص بقياس الضغط (stress questionnaire) طلب من أفراد العينة تحديد نوع استجابتهم الإنفعالية إزاء كل بند من بنود الإستبيان الخمسة عشر (15) ، و ذلك بوضع علامة أمام رقم واحد من بين الأرقام الأربعة الموجودة في الإستبيان و المتعلقة بالإستجابات الإنفعالية المحتملة بخصوص كل بند من بنود الإستبيان .

و قد صنفت الإستجابات الإنفعالية في هذا الإستبيان في مجموعتين من الإنفعالات : مجموعة انفعالات توقع التهديد و الإعتراض (anticipatory category of threat and challenge) و مجموعة انفعالات الضرر مع توفر المساعدة(outcome category of harm and benefit).

أما قائمة طرق المقاومة التي تمت مراجعتها من طرف (Folkman et al. 1986) فإنها تحتوي على (68) بندا موزعة على ثمانية (8) سلالم (Scales) يتعلق السلم الأول منها بالبنود التي تركز على المشكل (Problem - focused items) و يرمز لها بـ (P.scales) و تضم السلالم الستة الموالية البنود التي تركز على الإنفعال (Emotion-focused scales) و يرمز لها بـ (E.scales). أما السلم الثامن و الأخير، فإنه يحتوي على البنود التي تركز على كل من المشكل و الإنفعال في ذات الوقت (Emotion- and problem-focused items) و يرمز لها بـ (P.E. scales).

و بخصوص السلم الذي يختبر القدرة على تحمل المرض (the health related hardiness scale)، فإنه يضم ثلاثة سلالم تحتية (3 Subscales) لقياس المراقبة (control)، الإلتزام (commitement)، و الإعتراض (challenge). و تضم هذه السلالم التحتية في مجملها (48) بندا، يجيب عنها الفرد من خلال اختياره لواحدة من الإجابات النموذجية الست (6) المحتملة و المرقمنة من (0-5).

أما سلم التكيف الفيزيولوجي مع مرض السكري (Physiological adaptation to diabetes scale)، و الذي يقيس الإستجابات الفيزيولوجية التكيفية مع مرض السكري، فإنه يتكون من سبعة مقاييس مرجعية، هي المؤشر لعملية المراقبة الفيزيولوجية للمرض، و هذه كلها مقاييس بيوكيميائية (Biochemical)، و طبية محضة. و قد تم الإعتماد في تطبيق هذا الإختبار و تسجيل نتائجه على مساعدة الأطباء و المرضين .

ب) **عرض النتائج و مناقشتها :**

بعد تطبيق مجموعة الإختبارات المستعملة في هذه الدراسة ، جمعت النتائج ، و تم تحليلها بالإستعانة بمعاملات بيرسون للإرتباط (Pearson correlations) لتحديد العلاقات المتواجدة بين المتغيرات الأربعة السابق ذكرها (تقديرات الضغط ، نماذج المقاومة ، القدرة على تحمل المرض، و التكيف الفيزيولوجي مع المرض) . و قد دلت معاملات الإرتباط فيما يخص العلاقة بين تقديرات الضغط الخاص بمرض السكري و بين نماذج المقاومة ، أن هناك ارتباط ذو دلالة (Significant correlation) بين نماذج المقاومة التي تركز على الإنفعال (Emotion - Focused Coping) وبين تقدير التهديد و الاعتراض (Appraisal of threat and challange). إذ قدر معامل ارتباط بيرسون بـ : (P<0,001 , r=0,61) . معنى ذلك أن الأشخاص الذين يتصورون مرضهم كتهديد أو كاعتراض (as a threat or as a challenge)يزداد لديهم احتمال استعمال استراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال(Emotion-focused coping strategies) .

كما تبين من خلال تحليل نتائج معامل بيرسون للإرتباط ، بأنه ليس هناك علاقة حقيقية بين مجموعة تقديرات الضرر و المساعدة (outcome category of harm and benefit) ، و بين نماذج المقاومة(coping patterns).

أما فيما يخص العلاقة بين تقديرات الضغط و بين القدرة على التحمل (stress appraisals and hardiness) ، العلاقة بين القدرة على التحمل و نماذج المقاومة (hardiness and coping patterns)، و العلاقة بين القدرة على التحمل و التكيف الفيزيولوجي (hardiness and physiological adaptation)، فإن تحليل نتائج معاملات بيرسون للإرتباط ، بينت أن :

أ) هناك ارتباط فعلي بين تقديرات وجود الخطر مع توفر عامل المساعدة (harm and benefit) و بين القدرة على التحمل (hardiness) ، إذ قدر معامل ارتباط بيرسون بـ (r = 0,49 ، P < 0,05)، و هذا يعني أن الأشخاص الذين يتميزون بقدرة شديدة على التحمل ، يرون المرض أو يدركونه كعامل مسبب للضرر أو الأذى ا و كعامل يوفر لهم المساعدة من طرف الآخرين (harmful or benefical factor) ، بدلا من أن يرونه (المرض) كحادث يشكل مصدر تهديد أو اعتراض بالنسبة لهم(a threat or challenge event).

ب) ليس هناك ارتباط حقيقي بين مجموعة التقديرات المتوقعة (anticipatory appraisals) ، و بين القدرة على التحمل(hardiness) .

جـ) هناك ارتباط سالب و ذو دلالة بين استراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال ، و بين القدرة على التحمل (Emotion-focused coping strategies and hardiness) ،(P < 0,05 , r = - 0,44). و هذا يدل على أن الأشخاص الذين يتميزون بالقدرة على تحمل مرضهم ، لا يستعملون استراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال .

د) ليس هناك ارتباط فعلي بين القدرة على التحمل و بين استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل (hardiness and problem-focused strategies) .

هـ) هناك ارتباط حقيقي بين التكيف الفيزيولوجي و بين القدرة على تحمل المرض (physiological adaptation and hardiness). إذ قدر معامل بيرسون للإرتباط بـ (r = 0,42 ، P < 0,05). بمعنى أن الأشخاص الذين لديهم قدرة على تحمل المرض ، يبدون تكيفا فيزيولوجيا معه.

* من خلال تحليل نتائج هذه الدراسة ، يلاحظ أن ظهور خاصية القدرة على التحمل (hardiness) لدى الأفراد المصابين بالسكري مرتبط من جهة بتقدير مرض السكري على أنه إما عامل مسبب للأذى و الضرر ، و إما على أنه عامل يتيح للمصاب به فرصة لتلقي المساعدة من طرف الآخرين . و باستعمال استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل (problem -focused coping strategies) من جهة أخرى . كما يتضح أيضا من خلال هذه النتائج ، أن التكيف الفيزيولوجي مع المرض مرتبط بعامل القدرة على التحمل . و أن الإرتباط الموجود بين عامل القدرة على تحمل المرض ، و بين التقدير المعرفي للأذى (cognetive appraisal of harm) ، و بين استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل من ناحية أخرى ، يشير إلى أن عامل القدرة على تحمل المرض (و هو عامل من بين العوامل الشخصية المؤثرة في التكيف الفيزيولوجي مع المرض) يمكن أن يكون عبارة عن ميزة شخصية (pesonal characteristic) ، تتوسط (mediate) كلا من متغيري التقدير المعرفي (cognetive appraisal) و المقاومة (coping) ، و أن الكيفية التي يدرك بها الفرد وضعية المرض (و المتمثلة في عملية تقديراته للضغط الناجم عن تلك الوضعية) ، و الطريقة التي يتعامل بها مع هذه الوضعية (استراتسجسسات المقاومة) هما متغيران لهما أهميتهما في التنبؤ بالتكيف مع المرض المزمن ، و في التنبؤ بمدى الإستجابة الفيزيولوجية للعلاج المقدم " (ص.265-273) .

و تبعا لما جاء من نتائج في دراسة (Pollock , 1989) حول تأثير العوامل الشخصية و دورها في تحسين الإستجابة الفيزيولوجية للعلاج من خلال استعمال استراتيجيات مقاومة محددة ، و من خلال تقدير محدد للضغط ، أو بعبارة أخرى من خلال تصور معرفي خاص لوضعية المرض ، هناك نتائج دراسة (Jacabson et al. , 1985) التي اقيمت حول المضاعفات الناجمة عن مرض السكري ، و بصفة خاصة ما يتعلق منها بالتهابات شبكية العين (retinopathy) ، و التي دلت نتائجها على ان المصابين بالسكري ، يحرصون على الإلتزام الذاتي بنظام العلاج ، و يسعون إلى محاولة المراقبة الذاتية لمرضهم عندما يدركون أنه يمكنهم المعالجة التدريجية لتلك المضاعفات المتعلقة بالجهاز البصري ، انطلاقا من التعامل الجيد مع المرض و المواظبة الحسنة و المستمرة على شروط العلاج .

و قد أشار (Wulsin et al ., 1987) إلى أهمية عامل النجاح في المراقبة الذاتية للمرض ، في عملية المقاومة ضد المضاعفات ذات المدى الطويل (long-term complications) التي تنجم عن داء السكري . إذ تبين أن التجربة الفاشلة في ممارسة المراقبة الذاتية (self-control) على المرض ، يمكن أن تكون مصدرا لحالات اليأس و الإحباط ، في حين أن الأشخاص الذين يتمكنون من الحفاظ على عملية المراقبة الذاتية اتجاه مرضهم ، يمكن أن يشكل ذلك بالنسبة لهم مصدرا للأمل (a source of hope) عندما يتعلق الأمر بوجود مضاعفات ذات مدى طويل(long - term complication) .

في نفس المحور ، و قصد التوصل إلى الكشف عن دور عملية المقاومة في التعامل مع مضاعفات مرض السكري ، أقامت الباحثة (Ternulfy - nyhlin , 1990) دراسة ، توصلت من خلالها إلى أهمية استراتيجيات المقاومة ، و دورها الفعال في مواجهة الصعوبات المرتبطة بمضاعفات مرض السكري ذات المدى البعيد .

و للكشف عن دور المقاومة في تخفيف الضغط السيكولوجي و كذلك دورها في التوافق السيكولوجي مع مرض السكري ، أقيمت عدة دراسات و بحوث ، سنحاول التعرض إلى بعضها فيما يلي :

V) دور استراتيجيات المقاومة في تخفيف الضغط السيكولوجي و في التوافق السيكولوجي :

(THE ROLE OF COPING STRATEGIES IN STRESS BUFFERING AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTEMENT) :

وجد كل من (Halford , Cuddihy , Mortimer , 1990) ، في دراسة خاصة بعلاقة الضغط السيكولوجي (psychological stress) بتنظيم أو بضبط نسبة السكر في الدم عند الأشخاص المصابين بمرض السكري ، أن إستجابات هؤلاء المصابين لتأثيرات عامل الضغط السيكولوجي المزمن الذي يمارسه المرض عليهم ، تختلف من مصاب لآخر ، إذ أنه من بين المصابين من يستجيب لذلك

الضغط بزيادة في مستوى أو معدل نسبة السكر في الدم ، و منهم من يظهر لديه انخفاض في معدل السكر في الدم ، في حين أن البعض الآخر ، لا يبدي أي تغير في مستوى نسبة السكر في الدم عند مواجهة ذلك الضغط .

و بهدف الكشف عن الأسباب أو العوامل التي تقع وراء هذه الإختلافات أو هذه الفروق في الإستجابة للضغط النفسي لدى المصابين بالسكري و علاقتها بتنظيم نسبة السكر في الدم ، قام الباحثون (Gronder - Frederick , Carter , Cox , Clarke , 1990)بدراسة حول هذا الموضوع ، فتوصلوا إلى أن هناك احتمال بأن تكون أساليب المقاومة (coping styles) وراء تلك الفروق في الإستجابة للضغط السيكولوجي .

غير أنه لم يتوفر لحد الآن ، عدد كافي من الدراسات التي اهتمت بالبحث في صحة الفرضية التي ترى بأن أساليب المقاومة يمكنها أن تحمي الأفراد من آثار الضغط السيكولوجي المزمن ، خاصة في فئة الراشدين . و من بين هذا العدد القليل من الدراسات ، نجد دراسة كل من,Cohen , and Wills) (1985التي حاولت أن تكشف عن حدة الضغط النفسي و عن زيادته ، و كيف أن الزيادة أو الإنخفاض في مستوى الضغط السيكولوجي ، يؤدي بدوره إلى انخفاض او زيادة في مستويات السكر في الدم.

دراسة أخرى للباحثين (Peyrot , Mc Murry , 1992) حاولت أن تستثمر نفس الفرضية القائلة بدور أساليب المقاومة في تخفيف مستوى الضغط و االتاثير في عملية تنظيم نسبة السكر في الدم لدى المصابين بمرض السكري . و قد انطلقت هذه الدراسة من افتراض أن العلاقة بين الضغط و التنظيم الإقلابي (metabolic control) تتوقف على أساليب المقاومة الفرديةIndividual's coping) (stylesالمستعملة في مواجهة الضغط.

و سنعرض فيما يلي خطوات هذه الدراسة و نتائجها بشكل مختصر ، حتى يتضح أكثر دور المقاومة في تخفيض مستوى الضغط السيكولوجي.

• - دراسة : (Peyrot , Mc Murry , 1992)

" أ) هـدف الدراسة : صممت هذه الدراسة لاختبار صحة الفرضية التي ترى أن الضغط النفسي الإجتماعي (psychosocial stress) يرتبط بالمراقبة الضعيفة لنسبة السكر في الدم (the worse glycemic control)و أن المقاومة (coping) ، تساهم في تحسين عملية المراقبة تلك ، بفضل دورها في تخفيض مستوى الضغط .

ب) الطريقة . طبقت هذه الدراسة على عينة ، تتكون من (105) مصاب بمرض السكري ، ممن تفوق أعمارهم الثلاثين (30) سنة .

و قد استعمل الباحثان في هذه الدراسة ، عدة اختبارات منها ما يتعلق بالضغط ، و منها ما يتعلق بالمقاومة ، و منها ما يخص قياس نسبة الهيموجلوبين في الدم (HbA1) (اذ تمثل نسبة HbA1 في الدم المؤشر الرئيسي لسير عملية الأيض) ((metabolic control).

و قد اشتملت الإختبارات الخاصة بالضغط السيكولوجي على نوعين من المقاييس هما : الصورة المصغرة لسلم الضغط الملاحظ (the short form of percieved stress scale) لـ (cohen , kamarak , mermelstein , 1983) و السلم الخاص بقياس الضغط الذي وضعه (kanner , coyne , schafer , lazarus , 1981) . أما فيما يخص الإختبارات التي تقيس المقاومة ، فقد استعمل الباحثان في هذه الدراسة ، اختبارا من وضعهما ، يقيس مدى التوافق لدى المصابين بالسكري مع مرضهم . و قد تم وضع هذا الإختبار خلال دراسة أقامها هذان الباحثان (Peyrot , Mc Murry , 1985) حول أثر العوامل النفسية الإجتماعية على عملية مراقبة الايض (metabolic control) عند المصابين بالسكري . و يقيس اختبار(Peyrot , Mc Murry , 1985)حول أساليب المقاومة ، لدى المصابين بالسكري ستة انواع من اساليب المقاومة هي :

- أسلوب يركز على المشكل (problem-focused coping style) و يتعلق بخاصية البراجماتية (pragmatism) .

- أسلوب المقاومة الذي يفيد التجنب (avoidance coping style) و يتمثل في الإنكار(denial) .

- أسلوب المقاومة الذي يفيد الظبط الإنفعالي (emotional control coping style) و هو مذهب فلسفي يعني الرزانة أمام المؤثرات الإنفعالية ، و التحكم في المشاعر .

-و أخيرا ، ثلاثة أساليب يؤدي استعمالها إلى الإثارة الإنفعالية (Emotional Arowsal Aoping Atyle) كالقلق ، قلة الصبر و الإحتمال ، و الغضب .(Anxiety; Impatience , and Anger)

مع الإشارة إلى أنه قد تم إثبات توفر هذا الإختبار على عامل الثبات الداخلي (Internal consistency) بين بنوده.

كما نشير أيضا إلى أنه قد تم استعمال مصطلح "مقاومة غير فعالة" (ineffective coping) في هذه الدراسة ، للإشارة إلى حالة الضعف في المراقبة الإقلابية (metabolic control) الناجمة عن عجز أساليب المقاومة في تخفيض حدة الضغط.

جـ) <u>عرض نتائج الدراسة و تحليلها</u> : بعد تطبيق الإختبارات و استخلاص النتائج ، استعمل الباحثان (Peyrot , Mc Murry , 1992) في هذه الدراسة ، معامل بيرسون للإرتباط لتحليل هذه النتائج ، و لدراسة العلاقة بين نتائج أقسام كل اختبار على حدة ، ثم بين نتائج كل اختبار و آخر .و قد دلت نتائج معاملات الإرتباط التي استعملت لدراسة العلاقة بين مقاييس اختبار المقاومة ، أن هناك ارتباطات موجبة تتراوح بين (r= 0,35 to 0,44 , P < 0,001) بين أساليب المقاومة الثلاثة التي ينتج عن استعمالها حدوث إثارة انفعالية (Emotional Arawsal Coping Styles) ، و المتمثلة في

(الغضب عدم القدرة على الصبر و الإحتمال ، و القلق) . و أن هناك ارتباطات سالبة تتراوح بين (r= - 0,19 to -0,28 ; P < 0,025) بين الأسلوب الذي يركز على المشكل و الذي يخص البراجماتية (pragmatism) ، و بين كل من الغضب ، القلق ، و قلة الصبر و الإحتمال . كما دلت معاملات الإرتباط أيضا ، أن مستويات الضغط العالي ، ترتبط ارتباطا موجبا(r= 0,20 , p < 0,05) بالمستويات العالية لنسبة (HbA1) الشيء الذي يشير إلى ضعف في مراقبة السكر في الدم عندما يتعلق الأمر بأساليب مقاومة غير فعالة (ineffective coping styles) كما هو الحال بالنسبة للأشخاص الذين يبدون بكثرة ، مشاعر الغضب ، و لا يتميزون كثيرا بالتحكم في مشاعرهم.

و قد تبين من خلال تحليل نتائج هذه الدراسة ، أن المستويات المرتفعة من الضغط (higher levels of stress) ، يرتبط وجودها بالنسب المرتفعة لمعدل السكر في الدم (higher glycemic levels) لدى الأفراد الذين لا تتوفر عملية المقاومة لديهم بالفعالية في مواجهة الضغط.

بالمقابل اتضح أن عملية مراقبة نسبة السكر في الدم (glycemic control) لا تتأثر بمستوى أو بدرجة الضغط النفسي عندما يتعلق الأمر بأشخاص يتوفرون على أساليب مقاومة أكثر فعالية في مواجهة ذلك الضغط . و قد تبين بالإضافة إلى ذلك أن هناك نوعين من الإنفعالات الموجهة من طرف المقاومة ، و هما الأثر الأكبر على الإستجابة للضغط حسب نتائج هذه الدراسة و هما (الإنفعالات) : الغضب ، و الرزانة الإنفعالية ، أو التحكم في المشاعر (anger ans straicisms) بحيث يؤدي استعمال أسلوب التحكم في المشاعر (stoicism) إلى عدم الإستجابة الإنفعالية للوضعيات الضاغطة (و قد لوحظ من خلال نتائج هذه الدراسة أن الأشخاص الذين يتميزون بهذا الأسلوب الإنفعالي ، لا تتأثر عملية مراقبة نسبة السكر في الدم لديهم ، بعامل الضغط النفسي ، على عكس أولئك الذين لا يتميزون بهذه الصفة ، أو لا يلجؤون إليها إلا في القليل من الأحيان) .

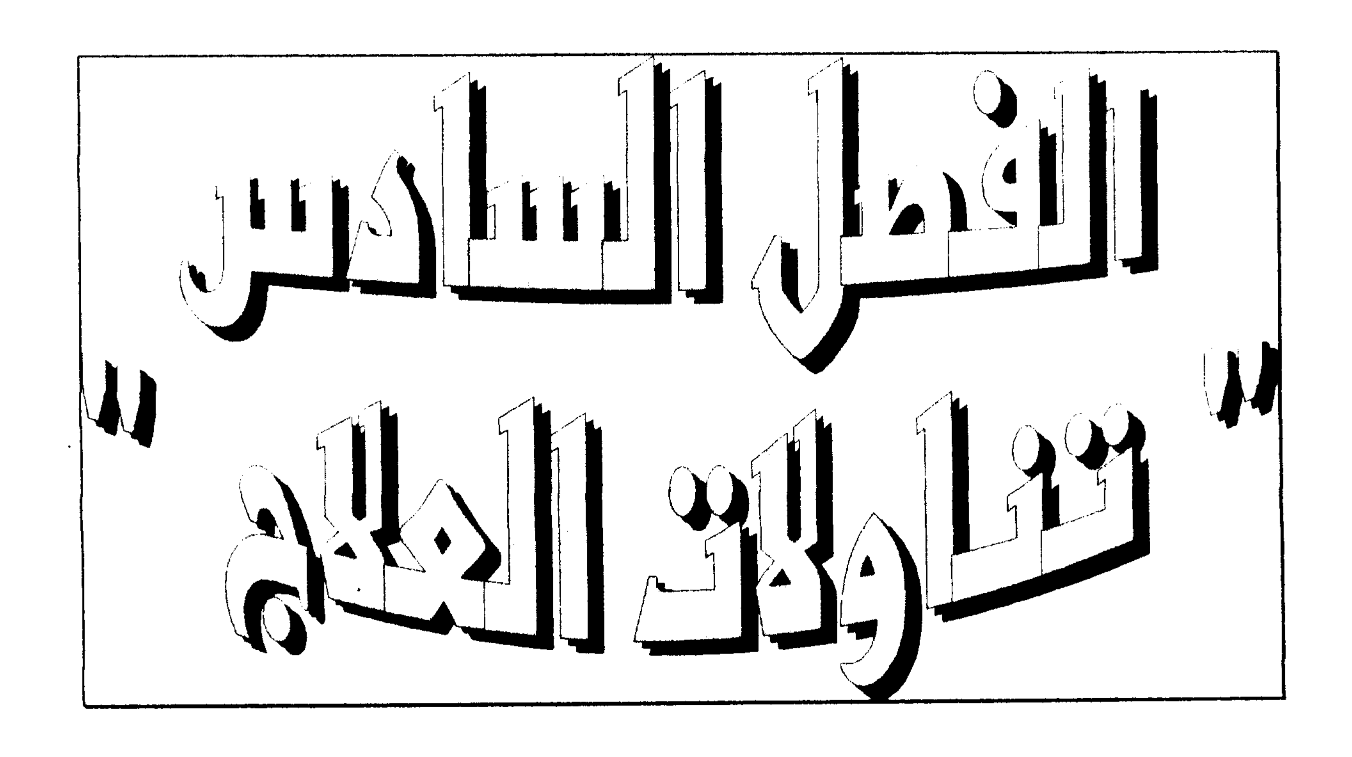
أما فيما يخص الغضب ، فقد تبين في هذه الدراسة أن الأشخاص الذين يستجيبون بإبداء مشاعر الغضب أمام الحوادث و الوضعيات التي تشكل مصدر ضغط نفسي بالنسبة لهم ، يزيد معدل الإرتباط الموجب لديهم ، بين عامل الضغط السيكولوجي ، و بين عامل التحكم في نسبة السكر في الدم . إذ ترتفع نسبة السكر في الدم عندهم ، كلما ارتفع معدل أو مستوى الضغط.

و يمكن أن يستخلص من كل هذه النتائج ، أن أساليب المقاومة (coping styles) يمكن لها أن تلعب دورا فعالا في الحماية ضد الضغط المزمن ، و أن غيابها يمكن أن يجعل الأشخاص أكثر عرضة لتأثيرات الضغط (more valnerable to stress)° . (842 - 846).

و في ختام هذه الدراسة ، يشير صاحباها (Peyrot , Mc Murry , 1992) إلى أن نتائجها تفتح المجال أمام بحوث و دراسات مستقبلية أخرى في هذا الموضوع ، قصد توضيح أكثر دقة فيما يخص العلاقة بين عمل المقاومة و بين تخفيض درجة الضغط النفسي الإجتماعي المزمن ، و دور المقاومة في التوافق السيكولوجي مع هذا الضغط.

و على ذكر دور المقاومة في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن ، نشير إلى أننا سنخصص الجزء التطبيقي من بحثنا هذا لإختبار الفرضية التي ترى بأهمية دور المقاومة في عملية التوافق السيكولوجي مع مرض السكري ، كما سنحاول أيضا أن نخضع عينة بحثنا هذا إلى طريقة علاجية ، تستقي جذورها من المنظور المعرفي ، بهدف تقديم كفالة نفسية للمصابين بالسكري ، تمكنهم من التوافق السيكولوجي مع مرضهم المزمن ، و تعطيهم فرصة أفضل لإستجابة أفضل للعلاج الطبي المقدم لهم.

و سنحاول من خلال النتائج المتحصل عليها أن نقيم (evaluate) فعالية نموذج العلاج المعرفي في توفير دعم سيكولوجي للمصابين بالسكري. لكن قبل ذلك ، سنخصص فصلا ، نتعرض فيه لمختلف تناولات العلاج و أشهرها ، حتى نصل إلى النموذج المعرفي في العلاج .


الفصل السادس
" تناولات العلاج "

مقدمة :

سنتعرض في هذا الفصل الخاص بالتناولات العلاجية ، إلى أشهر و أكثر النماذج العلاجية شيوعا و التي نحصرها في ثلاثة نماذج أساسية ، حاولت أن تصل إلى إيجاد طريقة علاجية منظمة بمستوى معين من الفاعلية . هذه النماذج العلاجية الثلاث هي : التحليل النفسي ، النموذج السلوكي ، و النموذج المعرفي . و سنحاول أن نعرض ، المنطلقات النظرية التي ينطلق منها كل نموذج من هذه النماذج . الى جانب اهدافه العلاجية ، والطرق التي يستخدمها لتحقيق تلك الاهداف .

ولا ننسى ان نشير هنا الى ملاحظة هامة ،وهي ان بحثنا هذا ينطلق من خلفية نظرية معرفية في تفسير المفاهيم والمتغيرات الواردة فيه ،والمتعلقة بكل من الظغط ،المقاومة ،والتقدير المعرفي . وماتناولنا لاشهر النماذج العلاجية في هذا الفصل ،سوى خطوة منهجية ارتئيناها ضرورية للوصول الى الحديث عن النموذج المعرفي الذي تدور في سياقه اشكالية هذا البحث . اذ نعتقد انه من خلال عرضنا للنموذجين الاخرين (التحليل النفسي والنموذج السلوكي) ، سنتمكن من مقارنة هذه النماذج و طرقها العلاجية ، بطرق النموذج المعرفي العلاجية ، حتى و لو كانت تلك المقارنة ضمنية . و فيما يلي عرض لكل تناول علاجي على حدة .

1- تناول التحليل النفسي للعلاج (العلاج الدينامي) :

(DYNAMIC APPROACH):

1) النظرية الكلاسيكية للتحليل النفسي :

" أسس (Freud. S , 1856 - 1939) نظريته الكلاسيكية في التحليل النفسي(classical psychoanalytic theory)، انطلاقا من خبراته و تجاربه في علاج مرضاه . و تتميز نظريته هذه بافتراض أساسي أطلق عليه (Freud) اسم " الحتمية النفسية° (psychic determinism) و التي يقصد بها ، أن سلوك الفرد يتحدد بعوامل نفسية داخلية (intrapsychic factors) ، و أخرى متعلقة بالعلاقات بين الأشخاص (interpersonal factors). كما يعتقد (Freud) أن سلوكات الأفراد ، توجهها حاجة هؤلاء إلى إشباع حاجاتهم البيولوجية و الغريزية ، و لهذا فإن السلوك من وجهة نظر (Freud) ليس عشوائيا (not random) ، بل هو محدد بالتجارب الماضية للفرد ° (Hansen,Stevie,Warner,1982, p.28) .

و ويقول (wachtel , 1977) عن نظرية التحليل النفسي : " بالنسبة لوجهة النظر هذه ، يتضح أن شخصية الراشد و نمط حياته ،ليسا سوى نتائج حتمية (inevitable results) لأشياء على قدر كبير من الأهمية ، حدثت منذ سنوات من قبل" (ص . 22).

و "يعتقد (Freud) في نظرياته الخاصة بالنمو الغير سوي للشخصية (abnormal personality development) ، أن أسباب هذه اللاسوية التي تظهر في الإضطرابات السلوكية ، تعود في الأصل إلى خلل في التوازن الدينامي الداخلي . (internal dynamic equilibrium) . هذا الخلل في حد ذاته ، يرجع إلى احتمالين أساسين هما :

1- العجز أو قلة الفعالية في النشاط بين عناصر الجهاز النفسي (الأنا ، الهو ، و الأنا الأعلى) (ineffective dynamics among the ego , id and superego)حيث يفشل الجهاز النفسي في إقامة التوازن بين عناصره الثلاث ، محل الصراع الموجود بينها ، و الذي بدأ منذ مرحلة مبكرة من الحياة ، ليستمر فيما بعد.

2- عدم ملائمة السلوكات التي يتعلمها الفرد في طفولته (inappropriate childhood learning). إذ يعتقد (Freud) أن السلوك يتعلم أو يكتسب ، إما من أجل تصريف الطاقة السيكولوجية (psychological energy) ، و عندها يصبح ذلك السلوك مقبولا اجتماعيا ، واما من أجل مراقبة السير (drives) التي يمكنها توفير الشعور بالرضى و الإشباع ، و لكنها في الوقت ذاته تحمل تعارضا شديدا مع ما يمليه المجتمع من قيم ، الشيء الذي ينجم عنه صراع بين الرغبة في الإقدام أو المباشرة في السلوك و بين الإحجام عنه بدافع من الخوف من عقاب القوى الخارجية التي تكبح تلك الرغبة ، و تعارض مثل ذلك السلوك . عندها تظهر علامات القلق (anxiety) ، لتشير إلى وجود اضطراب نفسي.

2) أهداف العلاج في التحليل النفسي :

انطلاقا من الإفتراض الذي تقوم عليه نظرية (Freud) للتحليل النفسي فإن أهداف العلاج في هذه النظرية تتوق إلى استخراج الرغبات المكبوتة التي تشكل مصدر القلق ، من مستوى اللاشعور (inconscious level)و جلبها إلى مستوى الشعور ((The conscious level) ، و هو الشيء الذي يتيح للأفراد الذين يخضعون لمثل هذا العلاج ، فرصة المواجهة المباشرة للوضعيات التي عجزوا عن مقاومتها فيما مضى ، و ذلك بالتعبير الصريح و دون خوف أو إحراج عن الأفكار و المشاعر المكبوتة . و كل ذلك يتم عن طريق استخدام تقنيات معينة في العلاج .

3) التقنيات المستعملة في العلاج في التحليل النفسي :

يستخدم المحلل النفساني للوصول إلى الهدف المنشود ، تقنيات علاجية أساسية محددة تتمثل في ..

- التداعي الحر (Free association) : و يقصد بها ، الكشف عن كل الأفكار التي تدور في ذهن العميل أو تخطر بباله ، و التعبير عنها شفهيا و كما هي ، مهما كان مستواها من البساطة .

- التحويل : (transference) : و هي تقنية جد معقدة ، تقوم على توجيه العميل لمشارعه و انفعالاته نحو المعالج ليسقطها عليه ، اعتقادا منه ، بأن المعالج أو المحلل النفساني هو الموضوع الأصلي المسبب لتلك المشاعر. و يؤكد (Freud) على الأهمية القصوى لعملية التحويل ، لأنها في نظره هي التي تجعل العميل يعمل انطلاقا من الصراع الأصلي ، مصدر الإضطراب النفسي.

- التأويل : (interpretation) : يستعمل المحلل النفساني تقنية التأويل لمساعدة العميل على فهم ما يحدث له ، بنوع من التعقلن (intellectualization) و ذلك بالربط بين مواضيع الإضطراب ، و شرح أسبابها . و من خلال عملية التأويل هذه ، يعمل المحلل النفساني على إعادة العميل خطوة خطوة نحو الواقع الخارجي ، بالإعتماد على التقنيتين السابقتين المتمثلتين في التداعي الحر ، و التحويل."

.(Hansen Stevie , Warner , 1982, P.35-36)

4) النماذج الحديثة في التحليل النفسي :

طورت النماذج الحديثة في التحليل النفسي ، انطلاقا من النظرية الكلاسيكية للتحليل النفسي ، إذ أن التركيز فيها لم يصبح قائما على الإهتمام بالكشف عن الرغبات الطفلية و المخاوف المكبوتة التي تؤثر بصفة لا واعية في حياة الراشد ، و لكن مجال الإهتمام توسع أكثر للبحث في الكيفية التي تعمل بها الصراعات الطفولية (childhood conflicts) و الدفاعات (defenses) في توجيه سلوكات الراشد ، و كيف أن طرق المقاومة الغير فعالة ، تنشأ في مرحلة مبكرة ، ليتواصل عملها فيما بعد ، و تظهر باستمرار في السلوكات الحاضرة للفرد.

و عليه ، فإن هدف العلاج الذي ترمي إليه التناولات الديناميكية المنبثقة عن تناول التحليل النفسي للعلاج ، يتمثل في التوصل إلى مساعدة العميل على اكتشاف أصول المقاومة الضعيفة لديه و مواطنها ، و السعي إلى اكتساب أساليب أكثر فعالية في عملية المقاومة.

هذا التحول في أهداف العلاج في النموذج التحليلي و الذي جاءت به النماذج التحليلية الحديثة (التناولات الديناميكية) نشأ عن انتقال الإهتمام من التركيز على العمليات النفسية الداخلية الصرفة (purely intrapsychic processes)إلى التركيز على مجرى آخر ، بالأخذ بعين الإعتبار التفاعل بين الفرد وبين ما تفرضه عليه بيئته الإجتماعية من متطلبات .

و يرى (Watchel , 1977) بخصوص هذه التناولات الديناميكية للعلاج أنها تنظر إلى الشخصية على أنها جهاز منتظم (an organized system) تعمل أقسامه في شكل ترابطي . كما أن الإعتقاد السائد في هذه التناولات هو أن فردية الأشخاص(the person's individuality) يتوقع أن تكشف عن نفسها ضمن فئة معينة من الوضعيات المختلفة ,

و من هنا جاءت فكرة هذه التناولات الدينامية ، بوجود ثبات و عمومية في نشاط الشخصية (consistency and generality in personality functioning). فإذا ما حدث و أن أظهر الشخص سلوكات غير متناسقة (inconsistent) ، فإن المحلل النفساني يتجه بالبحث الى الكشف عن العناصر التنظيمية القاعدية للبنية النفسية لذلك الفرد ، بهدف التوصل إلى بؤرة (focus) الصراع الذي يعتقد المحلل النفساني أنه وراء تلك السلوكات اللامتناسقة.

و تشكل فكرة ثبات البنية النفسية ، النقطة الجوهرية التي يختلف فيها العلاج في التناولات الديناميكية (dynamic approaches) عنه في التناولات السلوكية (behavioral approaches). إذ يميل العلاج السلوكي نحو الإهتمام بخصوصية السلوك أو نوعيته (specifity in behavior) ، انطلاقا من اعتقاده بالإستقلالية النسبية (relative independance) للإستجابات المختلفة للفرد . و لهذا فإننا نراه (العلاج السلوكي) يهتم بالتركيز على الكيفية التي يؤثر بها مثير ما على سلوكات الفرد .

II) التناول السلوكي : (BEHAVIORAL APPROACH):

1) الإفتراضات التي ينطلق منها التناول السلوكي :

ينطلق التناول السلوكي من افتراض أساسي مفاده أن البيئة ، هي المحدد القاعدي للسلوك (the sole determiner of behavior)و أن السلوكات ما هي إلا نتاج تفاعل بين الفرد و البيئة ، و أنه ليس هناك شخص جيد و آخر سيء ، لأن طبيعة الشخصية و تطورها ، يتوقفان على طبيعة التفاعل بينها و بين البيئة.

كما يعتقد النموذج السلوكي أن الفرد يتعلم (learn) عن طريق التجربة و في مرحلة مبكرة من حياته ، نماذج مختلفة من السلوكات (patterns of behaviors) ، و بالتالي فإن الشخصية ما هي إلا نتيجة (result) لعملية التعلم (learning) التي يكون الفرد عرضة لها منذ طفولته الأولى . كما أن عملية التعلم هذه ، تشمل نماذج من السلوكات تجمع بين الإيجابية و السلبية .

و عن هذا يقول (Hosford, 1969) " أن شخصية الفرد تتكون من العادات(habits) الإيجابية و السلبية معا . و يتم تعلم العادات الغير ملائمة (inappropriate) ، كالانحراف مثلا (deviant) ، بنفس الطريقة التي يتم بها تعلم السلوكات الملائمة° (ص. 2) (In M Hansen , stevie , Warner , 1982) .

و يشير (Hosford , 1969) في نفس السياق إلى كون السلوك اللاتكيفي(maladaptive behavior) لا يختلف عن السلوك العادي (التكيفي) في الطريقة التي اكتسب بها ذلك السلوك الاتكيفي ، و إنما يختلف عنه في كون هذا الأخير ، لا يجلب الرضا لصاحبه ، بل يدخله في صراع مع المحيط .

2)خصائص النموذج السلوكي العلاجية :

يتميز التناول السلوكي للعلاج بالمميزات التالية :

"- 1) يتعامل العلاج السلوكي مع سلوك الفرد المباشر أو الظاهر و مع السلوكات التي يكون الفرد على وعي تام بها ، و لهذا فإن التركيز على النزوات اللاشعورية ، و على دراسة أنماط الشخصية لا يلعب أي دور في العلاج السلوكي.

-2) يركز العلاج السلوكي بالدرجة الأولى على الحاضر (المشاكل الحالية للفرد ، و العوامل المؤثرة فيها) . و هو ما يفصل بين العلاج السلوكي و بين التحليل النفسي ، الذي يركز بصفة أساسية على المراحل الأولى لنمو الشخصية.

3-) يتميز العلاج السلوكي باستمرارية التقدير (continous assessement) المتعلق بالسلوك المشكل (problem - behavior) ، و بالشروط التي تعزز استمرارية هذا السلوك ، و يتم ذلك من خلال التعرف على أبعاد السلوك المشكل (the dimensions of the problem -behavior)، كالبحث عن الكيفية التي يحدث بها ذلك السلوك ، متى و أين يتكرر حدوثه ، و متى و أين يقل ، إلى جانب الكشف عن الظروف أو الشروط الخاصة التي تؤثر في ذلك السلوك.

و ترجع أهمية الإستمرارية في قياس السلوك المشكل ، إلى كون طبيعة هذا السلوك ، و طبيعة الشروط التي تعمل على تدعيمه أو ترسخيه قابلة للتغير خلال فترات العلاج .

- 4) العلاج السلوكي تربوي في طبيعته (Educational in nature) ، إذ يهدف هذا العلاج إلى تعليم العميل ، السلوكات التكيفية (adaptive behavoirs) ، و يتم ذلك ،إما بتغيير وجه " السلوك المشكل" و مظاهره (its aspects) أو بتعديل (shaping) الشروط المحيطية المرتبطة بالسلوك المشكل.

-5) يهتم العلاج السلوكي بتزويد العميل بمهارات المراقبة الذاتية (self-control skills) التي تسهل التعامل بنوع من الإستقلالية مع المشاكل التي يصادفها في حياته اليومية .

-6) يتميز العلاج السلوكي بالفردانية (individualization) فهو يفصل بين كل عميل و آخر ، حتى و لو كانت العملية العلاجية فيه تسير وفق اجراءات و خطوات (procedures) محددة ، إلا أنه يعمل على تكييف تلك الخطوات العلاجية وفقا لما يتطلبه كل مشكل أو كل فرد.° (Hansen , Stivie , Warner , 1982. p.3-4) .

3) أهداف العلاج السلوكي:

يقترح كل من (Blackham and silberman , 1971) ثلاثة خطوات خاصة تعمل بمثابة أهداف فرعية لتحقيق الهدف الأصلي أو الشامل المنوط بهذا النموذج العلاجي و المتمثل أساسا في مساعدة العميل على تطوير نماذج سلوكية ملائمة (appropriate behavioral patterns) تمكنه من التوصل إلى المعالجة الذاتية (self-management) للمشاكل التي تعترضه ، و تتمثل تلك الخطوات فيما يلي :

- **التعريف بالمشكل : (Problem definition)**

و يقصد به ، تحديد ما هو السلوك المشكل ، متى يحدث ، و مع من يحدث بالظبط . و بتحديد هذه العناصر ، يمكن التوصل إلى الكشف عن الأحداث و الوضعيات التي تقود إلى ظهور ذلك السلوك المشكل.

- **تأسيس الأهداف المنتظرة من العلاج:**
- **(Establishing specific gools of counseling):**

تحدد أهداف العلاج انطلاقا من السلوكات التي تحتاج إلى تغيير (change) ، باعتبارهامصدر المشكل الذي توجه العميل من أجله إلى طلب العلاج . و تتمثل الأهداف العامة للعلاج السلوكي في توصيل العميل إلى تعلم السلوكات التكيفية التي تقوم محل السلوكات اللاتكيفية .

- **تحديد الطرق التي تستعمل في تحقيق التغير المرغوب فيه :**

(Determine methodes to be used to bring about desired change)

تتميز الطرق المستخدمة في العلاج السلوكي بالمرونة ، فهي قابلة للتغير وفقا لحدود الأهداف التي يتطلبها علاج المشكل المطروح.

4) تقنيات العلاج السلوكي :

أما عن التقنيات التي يستعملها العلاج السلوكي ، فإنها تختلف من تقنيات كلاسيكية أو تقليدية ، إلى تقنيات حديثة . إذ نجد أن المعالجين الذين يتبعون الطريقة الكلاسيكية في العلاج يلجؤون لاستعمال الطرق و التقنيات السلوكية الكلاسيكية التي تستند إلى المفاهيم الأساسية للتعلم (Basic principles of learning). بينما يلجأ المعالجون المحدثون من أمثال (Krumboltz , thoresen , 1969) إلى التقنيات العلاجية الحديثة في العلاج السلوكي ، و هي عديدة و متنوعة .

و يقول (Lazarus , 1972) في هذا الشأن : " من خلال تفاصيل ممارساتي العملية ، اليومية مع العملاء ، وجدت أنه من الضروري توسيع مجال أو قاعدة العلاج السلوكي التقليدي (conventional behavioral therapy)". (ص.6).

و حول نفس الفكرة ، يرى كل من (Krumboltz and Thoresen , 1969) ، أنه يجب ترك المجال مفتوحا أمام جميع التقنيات التي بإمكانها التوصل إلى مساعدة الفرد على حل المشاكل التي يعرضها أثناء العلاج.

و نظرا لتعدد التقنيات و اختلافها بين تقليدية و حديثة ، فإننا لا نرى اهمية في التعرض إليها في هذا الفصل الخاص بالتناولات العلاجية الكبرى ، لان التعرض للأهداف العامة للعلاج السلوكي و لخطواته في نظرنا ، أهم من عرض التقنيات الكثيرة العدد ، المستعملة في هذا التناول العلاجي .

III) التناول المعرفي : (COGNETIVE APPROACH) :

يمكننا القول بأن التناول المعرفي للعلاج ، جاء كامتداد للتناول السلوكي ، و كرد فعل له ، انطلاقا من كون التناول السلوكي ، يركز كل اهتمامه على السلوك الظاهر (المباشر) مهملا بذلك ، السلوك الباطني الذي يعبر عنه التناول المعرفي ، بالعمليات المعرفية (Cognetive processes) .

يشكل التناول المعرفي واحدا من بين المجالات الحيوية للنظريات و البحوث الحديثة في حقل علم النفس الإكلنيكي . و ترجع جذور هذا التناول إلى أعمال الباحثين من أمثال :

(Bandura , 1969; Beck , 1967; Davison , 1968; Ellis , 1962 ;

Kelly , 1955; London, 1964; Mischel, 1968; Rotter, 1954.)

و على الرغم من التنوع الكبير في النظريات المعرفية التي يضمها هذا التناول ، إلا أننا نجد أن هذه النظريات تلتقي جميعها في نقطة مركزية أساسية ، تتمثل في الإفتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا التناول ، و الذي يعتقد بأن الإنفعالات و السلوكات ما هي إلا دالة (function) للكيفية أو الصيغة التي تترجم بها الوقائع المحيطية معرفيا .

و تتمثل التطبيقات العلاجية لهذا الإفتراض في كون التقدم أو التحسن الإكلنيكي بالنسبة لبعض الإضطرابات ، يمكن التوصل إليه ، عن طريق إعادة بناء العالم المعرفي للأشخاص الذين يعانون من تلك الإضطرابات .

و سنحاول فيما يلي ، التعرض إلى الإفتراضات الأساسية التي يقوم عليها التناول المعرفي ، و إلى العلاج السلوكي المعرفي (كامتداد للعلاج المعرفي) ، بأسسه ، و أشهر نماذجه.

1) الإفتراضات الأساسية التي يقوم عليها التناول المعرفي :

يقوم التناول المعرفي على افتراض أساسي ، يرجع إلى اعتقاده بتأثير الحياة العقلية على السلوك ، و يتمثل هذا الإفتراض في :

- أن العمليات المعرفية (Cognetive processes) تؤثر في السلوك ، و أن الإضطرابات النفسية ، ما هي إلا نتيجة لإضطراب في تلك العمليات المعرفية . بمعنى أن طرق التفكير المشوهة تؤدي إلى تشوه (distortion) في تصور الواقع و إدراكه ، و هو الشيء الذي يقود إلى نشأة إحساسات مزعجة ، و مشكلات سلوكية.

و نظرا لكون هذا التناول يأخذ بعين الإعتبار ، نوعي السلوك الخارجي (المباشر) و الداخلي (العمليات العقلية أو المعرفية) ، و يجمع بينهما ، فإنه قد ظهرت تبعا لذلك نماذج جديدة من التناول المعرفي ، أطلق عليها اسم التناولات السلوكية المعرفية (cognetive behavioral approachs) ، و التي تعتقد بأهمية الدور الوسطي الذي تلعبه العمليات المعرفية (the mediating role of cognetive processes) في تعزيز (reinforcement) النماذج اللاتكيفية للسلوك (maladaptive patterns of behavior) و تدعيمها أو في إلغائها (استبدالها بنماذج أخرى من السلوك) .

2) العلاج السلوكي المعرفي :

يطلق مصطلح العلاج السلوكي المعرفي (cognetive behavioral therapy) على التدخلات (interventions) التي تقوم على أسس و تقنيات العلاج السلوكي ، المستعملة في التغيير المباشر للعمليات المعرفية للعملاء.

كما أن العلاج السلوكي المعرفي ، يستند إلى فكرة أساسية ، تنص على أن الطريقة التي نرى بها أو نفسر بها الوقائع التي تحدث في بيئتنا ، تؤثر على طريقة سلوكنا . أي أن المعنى (maining) الذي

نعطيه ، للوقائع ، الأشخاص ، الأشياء ، و اعتقاداتنا و توقعاتنا حول هذه العناصر أو هذه المواضيع ، يلعب دورا بالغ الأهمية ، بل دورا أساسيا في تحديد سلوكاتنا و انفعالاتنا .

فالتوقعات السلبية (negative expectations) مثلا ، التي يحملها الطالب ، حول مهاراته الأدائية في الإمتحان ، لا تجعله يشعر بالقلق فحسب ، و لكنها تؤدي إضافة إلى ذلك ، إلى ضعف في أدائه لذلك الإمتحان . و حسب التناول السلوكي المعرفي ، فإن السلوكات اللاتكيفية التي تسبب مشكلا لصاحبها ، هي ناجمة عن إدراكات مشوهة ، غير واقعية و لا منطقية ، للوقائع البيئية (distorted , unrealistic , illogical perceptions of environmental events). و عليه فإن عمل المعالج السلوكي المعرفي يتحدد بالتعديل المباشر للمعارف (cognitions) التي تدعم تلك السلوكات اللاتكيفية ، أو تقف ورائها . و حتى يتمكن المعالج السلوكي المعرفي من الكشف عن المعارف أو عن العمليات المعرفية للعميل ، يلجأ إلى استعمال ما يسمى في هذا التناول العلاجي "بالخطاب الداخلي° (self-talk). و يقصد به ، الحديث الذي يدور بين الفرد و نفسه عندما يكون بصدد التفكير أو بصدد تقييم (evaluation) و تفسير حدث ما . عندها يتدخل المعالج السلوكي المعرفي ، ليطلب من العميل أن يعبر شفهيا عن ذلك الحديث الذي يدور بينه و بين نفسه (Beck , 1976) .

و للعلاج السلوكي المعرفي ، أسس و نماذج ، نحاول التعرض لها فيما يلي :

أ) أسس العلاج السلوكي المعرفي :

تنطلق أسس العلاج السلوكي المعرفي من "الخطاب الداخلي° (self - talk) كخطوة أولى في العملية العلاجية ، و تتمثل هذه الأسس في :

- شرح و تحليل الواقع المدرك بصفة مشوهة من طرف العميل و الذي لا يماثل الواقع الفعلي أو الحقيقي.

- إيصال الى ذهن العميل (باستخدام مسار معرفي) فكرة أن المعتقدات الشخصية التي يحملها ، بخصوص وقائع معينة ، ما هي إلا فرضيات قابلة للتكذيب و التغيير.

- تعليم العميل ، استخدام التفسيرات الأكثر تكيفا ، و عقلانية ، و منطقية (more adaptive , rational and logical interpretations) .

و يضم التناول السلوكي المعرفي للعلاج عدة نماذج علاجية ، تقوم كلها على افتراض أساسي ، يتمثل في إعادة البناء المعرفي (cognetive restructuring) و هي عملية يدفع فيها العميل إلى تغيير محتوى الخطاب الداخلي أو الذاتي (self-talk) [هذا الخطاب الذاتي يعتبره المعالج السلوكي المعرفي بمثابة المدعم الأساسي للسلوكات المشكلة (problem-behaviors)]. ، و تعويضه بخطاب أو بحديث داخلي يتميز بصبغة تكيفية ، يمكن العميل من المراقبة أو الظبط الذاتي (self-control) لمعارفه و أفكاره ، بعد أن أصبح مدركا لأهمية هذه الأفكار و تأثيراتها المباشرة على سلوكاته و انفعالاته.

ب) نماذج العلاج السلوكي المعرفي :

من النماذج العلاجية الأكثر شيوعا و تطبيقا في التناول السلوكي المعرفي نجد ، العلاج العقلي-الإنفعالي لصاحبه (Ellis), (Ellis's rational-emotive therapy) , العلاج المعرفي لـ (Beck) (Beck cognetive therapy) ، و نموذج حل المشكل (problem-solving model) .

و سنتناول فيما يلي كل نموذج منها على حدة ،مع شيء من التفصيل بالنسبة لنموذج حل المشكل (problem -solving model) ، ، لأننا سنعمل على تبنيه في الجزء التطبيقي في الرسالة ، و سنوضح وقتها الأسباب التي دفعتنا إلى ذلك ,

1) العلاج العقلي-الإنفعالي

:(R.E.T) (Ellis's rational-emotive therapy)

يرى (Ellis, 1984) بخصوص تسمية هذا النموذج العلاجي ، بالعلاج العقلي الإنفعالي ، أنها تسمية ترجع إلى الإفتراض الأصلي الذي يقوم عليه هذا النموذج العلاجي ، و المتمثل في كون الإضطرابات الإنفعالية (emotional desorders) أو كما سماها "الإنفعالات السلبية(negative emotions) " كالقلق (anxiety) ، الإكتئاب (depression) ، الغضب (anger) و الشعور بالذنب (guilt) ، تعود بصفة مباشرة إلى الأفكار الخاطئة أو اللاعقلانية (faulty or irrational thoughts) و التي يرمز لها (Ellis) بالرمز (irrational Beliefs) (I .B . S.).

و ترجع تسمية هذه الأفكار ، بالأفكار اللاعقلانية ، إلى عدم وجود دعم أو سند امبريقي (empirical support)لهذه الإعتقادات أو الأفكار على ارض الواقع ، أو في محيط الشخص الذي يحملها . و هي بذلك و دائما حسب (Ellis) ، لا تحقق للفرد ، لا المتعة (enjoyement) ، و لا النشاط و الحيوية (survival) .

و يصنف (Ellis, 1984) هذه الإعتقادات اللاعقلانية بالشكل التالي:

أ) اعتقادات ذات صيغة مرعبة (Awfulizing statements).

ب) اعتقادات الإلزام ، التوقع و الوجوب(should , ought and must) .

جـ) الإعتقادات الخاصة بتقدير قيمة الشخص(evaluation of human Worth) .

د) اعتقادات الحاجة أو الضرورة (Need statements) .

- و يقول كل من (Walen , Diguiwseppe , & Wescler , 1980) عن الإعتقادات ذات الصيغة المرعبة (awfulizing statements) "انها عبارة عن صياغات شخصية أو ذاتية(self - statements)للواقع ، لوضعية معينة على أنها وضعية مرعبة جدا . (awful) ليس هذا فحسب ، بل هي أيضا غير ملائمة . (inconvenient) كأن يقول الشخص لنفسه مثلا ، إنه لمن المرعب جدا ألا تسير الأمور على النحو الذي أرغب فيه" .(ص.78) ,

- أما فيما يخص اعتقادات الالزام ، التوقع ،والوجوب (Should, ought and must) فإن من بينها الإعتقاد اللاعقلاني الذي يجعل الفرد ، يعتقد بأن وضعية مزعجة معينة ، كان من الواجب أو من الضروري ألا تحدث . و يعطي (Walen et al . , 1980)المثال التالي حول هذا الصنف من الإعتقادات اللاعقلانية ، كان يقول شخص ما مثلا :"يجب أن أكون محترما و محبوبا من طرف كل شخص له اعتبار في حياتي".(ص.77) .

و يرى (Ellis , 1977) بخصوص النوع الثالث من الإعتقادات اللاعقلانية و المتعلقة بتقييم قيمة الشخص (Evaluation of human worth) أنها غير مثمرة ، و لا منطقية (Counterproductive and illogical) .

- غير مثمرة ، لكونها تؤدي الى التوبيخ الذاتي (self-blame) عندما يكون الشخص قليل الإنجاز أو قليل الأداء.

- و غير منطقية لعدم وجود سلم أو مقياس موضوعي لقياس قيمة الإنسان ، و تقييمها تقييما شاملا . كما أن جميع الأشخاص يتوفرون على مواطن للقوة ، و أخرى للضعف من جهة ، و أن مواطن القوة و الضعف ذاتها تختلف باختلاف الوضعيات و الأوقات على السواء من جهة أخرى . و يضرب لنا (Walen et al . , 1980) مثالا حول الإعتقادات التقييمية اللاعقلانية التي يلجأ إليها الإنسان لتقييم نفسه ،فيقول :" لست جديرا بالإهتمام إن لم أكن متمكنا ، كفوا ، ملائما و منجزا في كل الأوقات ، أو على الأقل في معظم الأوقات و في أغلب المجالات"(ص . 97) ,

وتضمن اعتقادات الحاجة اوالضرورة (need statements)رفع رغبة معينة من درجة رغبة (Wish) إلى درجة حاجة أو ضرورة مطلقة . (absolute need) . كأن يقول الانسان لنفسه :" إنني في حاجة إلى شخص أقوى مني ،بحيث يمكنني أن أثق به و أعتمد عليه كلية ," (Walen et al. , 1980 , p.79) .

فهذه الاعتقادات الاعقلانية اذن في مجملها هي التي تكون القاعدة الخلفية لكل الإضطرابات الإنفعالية أو السلبية كما سماها (Ellis) صاحب هذا النموذج العلاجي . و عليه فإن العملية العلاجية في هذا النموذج تتمحور أساسا حول تلك الأفكار ، و تهدف إلى إعادة بنائها بناءا منطقيا يوفر الإرتياح الإنفعالي .

و سنتطرق فيما يلي إلى خطوات العملية العلاجية في العلاج العقلي-الإنفعالي ، ثم إلى تطبيقات هذا النموذج العلاجي ، لنصل في الأخير إلى عنصر نتحدث فيه عن فعالية النموذج العقلي-الإنفعالي.

أ (العملية العلاجية في العلاج العقلي-الإنفعالي (therapeutic procedure):

يؤكد (Ellis, 1984) على فكرة تحبيذ أصحاب العلاج العقلي-الإنفعالي الوصول إلى القصد أو الغاية من العلاج بطريقة سريعة مع عملائهم ، فهم يستغنون عن التوقف عند ذكريات الطفولة ، و يحاولون تثبيط همة العميل بخصوص استغراقه في التحدث عن تلك الذكريات ، بإيقاف عملية التدفق اللانهائي أو المتصل للإنفعالات (endless out pouring of feelings) .

و يرى (Walen et al., 1980) بخصوص هذه العملية العلاجية ، أن التحدث عن توقعات العميل إزاء العلاج يمكن أن يكون نقطة ملائمة للبداية ، لأن بعض العملاء ، يدخلون جلسات العلاج ، و هم يتوقعون أن يعبروا عن المشاعر المكبوتة (pent-up feelings) لديهم ، أو أن يحصلوا على تعاطف المعالج معهم (obtain sympathy from the therapist) , هذه الأفكار المسبقة ، حسب وجهة نظر (Walen et al., 1980) يمكن أن تكون عائقا أمام تقدم العملية العلاجية إذا لم يستطع المعالج أن يتحكم فيها منذ البداية أو منذ الوهلة الأولى في العلاج.

و كخطوة تالية في هذه العملية العلاجية يرى (Walen et al., 1980) أنه على المعالج العقلي-الإنفعالي أن يستنبط (elicit) و صفا للحادث المنشط (activating event) للمشكل ، و عليه أيضا ألا يكتفي فقط بسماع كل التفاصيل حول ذلك الحادث المنشط ، بل عليه أيضا أن يكشف و بسرعة عن الكيفية التي يرى بها العميل هذه الوضعية.

و في هذا الإطار يمكن للمعالج أن يولي عناية بالتلميحات الغير معبر عنها شفهيا (nonverbalized)، و أن يسمح للعميل بأن ينشط انفعالاته ، استجابة للوضعيات المختلفة ، و أن يسجل خصائص و مميزات هذه الوضعيات ، بأن يكمل العبارات المبتدئة بـ :" أشعر بـ° ("... I feel") كاستجابة لكل وضعية.

و تجدر بنا الإشارة هنا إلى أن الطريقة العقلانية-الإنفعالية في العلاج (R.E.T) تتناول الإنفعالات على أنها وقائع لا تقبل الجدال و النقاش (indisputable facts) ، و لكنها (R.E.T) تضع كل الإعتقادات اللاعقلانية (I.B.S) التي يمكن أن تنجر عنها انفعالات لا توافقية (maladaptive emotions) موضع الجدل و المناقشة.

و تتطلب المرحلة الموالية في العملية العلاجية (R.E.T) حسب (Walen et al 1980) ، تحديد الإعتقادات الخاطئة أو اللاعقلانية (IBS) ،ثم تعليم العميل أو تلقينه الفرق بين الإعتقادات العقلانية و هي المنتجة (productive) و اللامطلقة ((noabsolutistic) و بين الإعتقادات الخاطئة أو اللاعقلانية(IBS) .

ثم يتجه المعالج بعد توضيح هذا الفرق إلى حث العميل و تقوية دافعيته (motivation) فيما يتعلق بضرورة الكف أو التخلي (giving up) عن الإعتقادات اللاعقلانية ،و استبدالها (substituting them) باعتقادات عقلانية . (rational beliefs) . و عندما يصبح العميل مزودا أو مجهزا بالإعتقادات العقلانية (RBS) ، عندها فقط ، يطلب منه المعالج أن يتصور شعوره و هو يحمل اعتقادات صحيحة و منطقية حول وضعية ما.

كخلاصة لهذه العملية العلاجية ، يمكننا القول أن نموذج العلاج العقلي-الإنفعالي ، يسعى إلى جعل العميل يشعر باعتقاداته اللاعقلانية حتى يستطيع التدخل بطريقة إيجابية و فعالة في تغيير تلك المعتقدات و استبدالها بأخرى أكثر عقلانية ، تكسبه مرونة أكثر في التفكير و في التعامل مع الوضعيات المختلفة ، و توفر له راحة انفعالية أكثر.

ب) تطبيقات العلاج العقلي-الإنفعالي :

يعتقد (Ellis, 1984) أن طريقته العلاجية ، صالحة إلى حد كبير في علاج الأشخاص الذين يتمتعون باتصال منطقي مع الواقع ، أو بعبارة أخر ى مع الأشخاص الذين لا يعانون من اضطرابات حدية ، حادة و راسخة بعمق ، كالذهانات الحادة.

كما يذكر كل من (Ellis and Bernard , 1983) أن العلاج العقلي-الإنفعالي يمكن استعماله مع الأطفال ، و خاصة في عملية الوقاية من الاضطرابات النفسية .

كما أثبتت دراسة (Miller , Kassimove , lipsky, 1980) أن هذه الطريقة العلاجية لا تقتصر بالضرورة على الأشخاص الذين يتمتعون بمعامل ذكاء عال.

جـ) فعالية العلاج العقلي-الإنفعالي:

على الرغم من شيوع تطبيقه الذي يرجع إلى أكثر من عشرين سنة ، إلا أن العلاج العقلي-الإنفعالي (R.E.T) ، لا يتوفر من الناحية النظرية إلا على العدد القليل من الدراسات التي أقيمت للكشف عن فعاليته ، كما أن هذا العدد القليل المتواجد ، لم يوفر معطيات كافية لشرح طبيعة العلاقة الموجودة بين الإعتقادات اللاعقلانية (IBS) و بين الإستجابات الإنفعالية اللاتوافقية ، شرحا دقيقا و واضحا . إذ نجد أن دراسة (Goldfried & sobocinski , 1975) مثلا ، لا تدعم القاعدة الإفتراضية التي ينطلق منها نموذج (Ellis) و التي تقول بفكرة أن السلوكات اللاتوافقية ، تسببها

الإعتقادات اللاعقلانية ، و لكن نتائج تلك الدراسة تشير إلى أن هناك علاقة بين مثل تلك الإعتقادات اللاعقلانية ، و بين وجود السلوكات اللاتوافقية ، دون أن تكشف عن طبيعة تلك العلاقة.

و يرى كل من (wilson & O'Leary , 1980), ان النموذج العقلي - الانفعالي يتحدث عن الإعتقادات اللاعقلانية بشكل من العمومية ، و لا يأخذ بعين الإعتبار خصوصية الأفراد . و هو الشيء الذي يجعل من هذا النموذج ، طريقة علاجية قليلة الدقة من الناحية التطبيقية.

كما ينتقد كل من (Beck , 1976; Goldfried, 1977) العلاج العقلي-الإنفعالي بسبب استخدامه للتقنية العلاجية المباشرة أو الموجهة إلى حد كبير و التي تعتمد إلى درجة كبيرة على المواجهة (confrontement)، الشيء الذي يجعلها تقنية لا تتكيف مع جميع المفحوصين ، الذين من بينهم من يبدي مقاومة ضد التعبير ، و يفضل طريقة أقل مواجهة و أقل توجيها في العلاج .

2) **العلاج المعرفي لـ** (Beck) : (Beck's cognetive therapy):

يصف (Beck , Rush , Shaw , & Emergy , 1979) ، العلاج المعرفي "كتناول عملي ، موجه ، محدود زمنيا و منظم ، لمعالجة مجموعة من الإضطرابات السيكاترية مثل الإكتئاب ، القلق ، الفوبيا ، و المشاكل العويصة ، إلخ)" . (ص.3) .

" An active , directive , time-limited , structured approach used to treat a variety of psychatric desorders (for exemple , depression , anxiety , phobias , pain problems, ect.)" (p.3) .

و نشير إلى أن هناك تشابه كبير بين العلاج المعرفي لـ (Beck) ، و العلاج العقلي-الإنفعالي لـ (Ellis) من حيث اعتقاد كل منهما بأهمية الدور الوسطي الذي تلعبه العمليات المعرفية في توجيه السلوك على الرغم من وجود اختلاف ظاهر في التقنيات و الإفتراضات التي يقوم عليها كل واحد منهما

و قد استعمل (Beck) نموذجه هذا ، بالدرجة الأولى ، في علاج الإكتئاب ، حيث قام بتحليل نماذج التفكير الاتوافقية (maladaptive thought patterns) ، المتواجدة لدى المصابين بالإكتئاب ، فتوصل إلى وجود ثلاثة مواضيع (themes) مشتركة ، تدور حولها نماذج التفكير لدى المصابين بالإكتئاب . هذه المواضيع هي :

- التفسير السلبي للوقائع الخارجية(interpreting external events negatively).

- كره أو مقت الذات (disliking oneself).

- النظرة السلبية إلى المستقبل (viewing the future negatively) .

و يعتقد (Beck) أن هذه التفسيرات ، و الإدراكات المشوهة ، ما هي إلا نتيجة لتشوهات معرفية . (cognetive distortions) و تضم هذه المجموعة من التشوهات المعرفية:

أ) **التجريد الإنتقائي** (Selctive abstraction):

و يقصد به ، الميل نحو استخلاص استنتاجات قائمة على عنصر جزئي منعزل ، داخل مجموعة من التفاصيل المتعلقة بحادث معين . و كمثال على التجريد الإنتقائي ، يعطي (Beck, 1963) مثالا يتعلق بالشخص الذي يشعر بأنه مرفوض أو منبوذ ، بمجرد أن صديقا له ، كان يركض للحاق بالحافلة ، و لم يتوقف للتحدث معه.

ب) **الإستدلال التعسفي أو الإعتباطي** (Arbitrary inference):

و يقصد به ، استخلاص استنتاجات معينة ، بالرغم من عدم توفر أي دليل واقعي اومنطقي له صلة بتلك الإستنتاجات ، كاستنتاج الشخص الذي أوقف عن العمل مؤقتا في مؤسسة ما ، أن سبب ايقافه يرجع إلى عدم كفائته في العمل ، على الرغم من أن الموسسة هي التي توقفت عن العمل لأسباب مالية ، فاستغنت مؤقتا عن كل مستخدميها.

جـ) التعميم المتطرف(Overgeneralization):

و يقصد به (Beck) ، استخلاص نتيجة عامة ، انطلاقا من حادث وحيد فريد ، كاستنتاج الشخص بأنه سوف لن ينجح أبدا لمجرد أنه فشل في محاولة أولى.

د) (Personalization) :

تعني العزو أو الإسناد الخاطئ (erroneously attribution) للوقائع الخارجية و نسبها إلى الذات ، كتفكير الفرد بأنه هو المقصود ، عندما يرى أناسا يضحكون.

هـ) التفكير المستقطب (polarized thinking) :

والمقصود به ، االتفكير في الشيء من زاوية واحدة فقط ، أو من قطب واحد فقط ، إما بشكل موجب ، و إما بشكل سالب ، كاعتقاد الشخص بوجود نوعين فقط من الناس ، إما أكفاء ، و إما غير أكفاء ، و لا وسط بين ذلك.

بعد أن تعرضنا إلى الإفتراضات التي يقوم عليها العلاج المعرفي لـ (Beck) ، ننتقل إلى التحدث بشكل مختصر عن التدخلات العلاجية ، و التقنيات التي يستخدمها هذا النموذج.

* التدخلات العلاجية في العلاج المعرفي لـ : (Beck)

يلخص (Beck , 1976) تدخلات المعالج المعرفي في النقاط التالية :

-على المعالج المعرفي أن يوضح للعملاء ، الأخطاء المنطقية (logical errors) التي يرتكبونها في تفسير الوقائع التي يصادفونها في حياتهم.

- تقع على المعالج المعرفي مسؤولية مساعدة العملاء على تعديل الأرضيات القاعدية (basic premises) لأفكارهم اللامنطقية.

- مساعدة العملاء على اعادة وصف الوقائع بطريقة صحيحة ، و أكثر دقة ، حتى يتمكنوا من حل المشكل بطريقة تكيفية.

و يستخدم العلاج المعرفي لـ (Beck) مجموعة من التقنيات الخاصة ، للوصول إلى الأهداف العلاجية.

*** تقنيات العلاج في النموذج المعرفي لـ : (Beck)**

تضم هذه التقنيات:

- تغيير الأفكار الأوتوماتيكية (modifying automatic thoughts)

و يقصد بها تعليم الفرد ، عملية التعرف على أفكاره وتعويده على ذلك . و يتم هذا التغيير الأوتوماتيكي ، انطلاقا من الشرح الذي يقدمه المعالج المعرفي للعميل حول كيفية ظهور تلك الأفكار لديه و الطريقة التي يمكن بها التعرف عليها ، ثم تشجيعه على استعمال طريقة منطقية أكثر في التفكير

- إعادة الإسناد (Reattribution)

يمنح المعالج المعرفي بواسطة استخدامه لهذه التقنية ، العميل ، الفرصة لكي يلاحظ و يرى ، ليتفطن أو ليدرك أن هناك عناصر خارجية تثير الأحداث السلبية ، و تكون سببا في وجودها . و أنه (العميل) بذلك ليس المسؤول الوحيد فقط بعجزه أو بضعف آدائه ، عن حدوث تلك الوقائع.

- اللتصورات البديلة (Alternative conceptualization)

بفضل هذه التقنية ، يتمكن العميل من التعرف إلى أكبر عدد ممكن من التصورات المحتملة لحل المشكل ، انطلاقا من قيامه بإعادة تفسير (reintepretation) الحادث من جديد . كما أن الإعتقاد بوجود حلول متنوعة و كثيرة يلغي الإعتقاد بعدم وجود أي حل بالنسبة للمشكل . مع الإشارة إلى أن هذه التقنية تستخدم أكثر مع الأشخاص الذين يعانون من اكتئاب حاد ، و الذين يعتقدون أن الإنتحار هو الحل الوحيد لمشكلتهم.

بعد أن تعرضنا إلى التدخلات العلاجية ، و تقنيات العلاج في النموذج المعرفي لـ (Beck) ، لا يفوتنا أن نتحدث عن فعالية هذا النموذج العلاجي .

*** فعالية نموذج العلاج المعرفي لـ(Beck)**

أثبتت دراسة (Rush , Beck , Kovacs, & Hollon , 1977) نجاعة النموذج العلاجي المعرفي لـ (Beck) ، و قدرته على علاج المصابين بالإكتئاب ، بدرجة فاقت قدرة العلاج الكيميائي التقليدي للإكتئاب.

و ترجع فعالية هذا النموذج العلاجي ، إلى كونها تتوفر على تقنيات علاجية محددة (defined)بشكل دقيق و واضح ، كما أنها سهلة التطبيق ، إذا ما قورنت بالتقنيات التي يستعملها العلاج العقلي-الإنفعالي (R.E.T) التي تتسم بعدم الدقة و التحديد ، وكذالك العمومية (generalization)و دائما بالمقارنة مع النموذج العقلي-الإنفعالي ، نجد أن النموذج المعرفي لـ(Beck) لا يلجأ كثيرا إلى المواجهة (Confrontement) بل يعتمد أكثر على الحوار (dialogue) الموجه إلى العميل ، بغية توصيله إلى الكشف بنفسه عن التشوهات و الأخطاء المنطقية الموجودة في خطابه أو حديثه الداخلي (self-talk) ,

بالإضافة إلى نموذجي (Ellis) و (Beck) اللذان اقترحا مجموعة من التدخلات العلاجية ، انطلاقا من تصور معرفي ، يقوم على افتراضات محددة ، حول الإضطرابات النفسية ، و تناولات العلاج الخاصة بها ، هناك أيضا نموذج آخر ، لا يقل شهرة عن النموذجين السابقين في تناول الإضطرابات النفسية . هذا النموذج العلاجي ، (الذي يقوم هو الاخر على التصور المعرفي) ، هو نموذج "حل المشكل" (Problem-solving model) .

3) نموذج حل المشكل (Problem-Solving Model) :

قدم (D'Zurilla and Goldfried, 1971) وصفا لنموذج خاص بحل المشكل (Model of problem-solving)، ينطبق هذا النموذج على المشاكل من النوع الإجتماعي ، والشخصي و المعرفي . إذ يرى كل من الباحثين (D'Zurilla and Nezu , 1982) أن نموذج حل المشكل الإجتماعي (SPS) ، لا ينطبق فقط على حل المشاكل التي تظهر على مستوى العلاقات بين الأشخاص(interpersonal problems) ، و لكنه صالح أيضا لمعالجة المشاكل الفردية أو الشخصية ، كالمشاكل المادية(Financial problems) و المشاكل التربوية(Educational problems).

و في إطار تقديم وصف هذا النموذج ، قدم صاحباه (D'Zurilla and Goldfried,1971) تعريفا للمصطلحين :"مشكل° (problem) " وحل المشكل° (Problem - solving) .

فالمشكل بالنسبة لهما عبارة عن " وضعية (situation)، يكون فيها الشخص عاجزا عن إيجاد استجابة جاهزة و فورية ، و تكون في الوقت ذاته ، استجابة فعلية و بديلة".(ص . 108) .

أما مصطلح "حل المشكل" ، فيعني بالنسبة إلى (D'Zurilla and Goldfried, 1971) °عملية سلوكية إما ظاهرة معبر عنها بشكل صريح و مباشر ، و إما ذات طبيعة معرفية . و تمتاز هذه العملية السلوكية بصفتين أساستين:

أ- إذ توفر مجموعة من الإستجابات البديلة (Alternative responses)ذات الفعالية القوية التي يتمكن الفرد بواسطتها من التعامل مع الوضعية الإشكالية (Problematic situation).

ب- و ترفع من احتمال القدرة على انتقاء الإستجابة الأكثر فعالية من بين البدائل المتعددة ".(ص.108).

*** المراحل العلاجيـة لنمـوذج حـل المشـكل:**

هناك خمس مراحـل يسير عليها الإكلنيكي في تطبيقه لنمـوذج حـل المشكل:

-1 مرحلة تحديد الإتجاه أو المسار الذي يأخذه المشكل: (problem orientation):

يحاول المعالج في هـذه المرحلـة الأوليـة ، أن يؤسـس لـدى المريـض شـبه اسـتعداد أوعـادة(habit) تسهل عمليـة إنجـاح تقنيـة "حـل المشـكل" ، و يمكـن أن يشـمل تأسيس مثـل هذهالعـادة:

+ القـدرة علـى تحديـد الوضعيـات الإشـكالية (problimatic situation) ، إذ يمكـن يستغل العميل مشـاعر الإحبـاط (feeling of frustration) مثـلا ليشـير إلى وجـود مشـكل مـا جدير بـالحل و المعالجـة .

+ النظـر إلى المشـاكل علـى أنهـا وجـه عـادي مـن أوجـه الحيـاة المختلفـة ، و الثقـة في تقنيـات "نموذج حـل المشـكل" ، و الإعـتراف بقدرتهـا علـى توفـير طريقـة ملائمـة ، للتعـامل مـع تلـك المشـاكل .

+ الشـعور بفعاليـة الـذات(self-efficacy) (Bandura, 1977) أمـر هـام و ضـروري يسـاعد على تجاوز مرحلـة التقصـير و الفشـل الـذي مـن الممكـن أن يظهـر علـى البعـض في بدايـة العـلاج ، كمـا يسـهل عمليتي المباشـرة أو الدخـول في محـاولات حـل المشـكل ، و المثـابرة عليهـا .

+ التعـود علـى الـتريث (the habit of stopping) و التفكـير قبـل الشـروع في المشـكل ، بـدلا مـن اللجـوء إلى التنفيـذ المتسـرع و الفـوري لأول فكـرة تخطـر علـى البـال ، أوالهـروب مـن مواجهـة المشـكل ، بعدم القيام بأيـة مبـادرة لحلـه .

و يرى (D'Zurilla and Goldfried , 1971) ، أنه لتطوير هذه العادة و لترسيخها أكثر في أذهان العملاء ، على العيادي أن يبين لهم ، كيف أن سلوكاتهم اللاتوافقية ، والإنزعاج الذي يشعرون به ، إزاء الوضعيات الإشكالية ، ما هو إلا نتيجة لعدم فعالية الطرق التي يستخدمونها في حل المشاكل ، و أن يؤكد لهم أيضا أنه (المعالج) حاضر معهم لتلقينهم كيفية التعامل مع تلك المشاكل بالطريقة الأفيد أو الأكثر نجاعة . كما يرى الباحثان السابقان أيضا أنه من المفيد بالنسبة للسير الحسن للعلاج ، ان يتدخل العميل في هذه المرحلة ، لتحديد المشاكل و الكشف عنها و ذلك بالإشارة إلى الوضعيات التي تظهر له مزعجة و يراها مصدر قلق و اضطراب بالنسبة له .

2) مرحلة التعريف بالمشكل و صياغته: (problem definition and formulation)

كثيرة هي المشاكل التي يشوبها الغموض ، و هو السبب الذي يجعل التعبير عنها بوضوح أمر صعب المنال ، و يرى (D'Zurilla and Goldfried, 1971)أن مدى فعالية و نجاح تطبيق نموذج حل المشكل في العلاج ، تتوقف إلى حد كبير على مدى وضوح التعريف بالمشكل في هذه المرحلة .

و عليه ، يجب على كل من المعالج و المعالج أن يسعيا في هذه المرحلة إلى :

+ الحصول على كل المعلومات الممكن توفرها حول المشكل المطروح باستعمال مصطلحات مميزة أو نوعية خاصة بالمشكل ذاته .

+ الفصل بين المعلومة التي تبدو ذات صلة وثيقة بالمشكل المطروح و بين تلك التي ليست كذلك ، و محاولة التمييز بين الوقائع الحقيقية و بين الإستنتاجات الخاطئة أو الوهمية .

+ تحديد الأوجه و الجوانب المختلفة لإشكالية الوضعية ، كالإحباطات و الأخطار التي تنبثق عن تلك الوضعية ، و كذا المشاكل الجزئية التي تتفرع عن المشكل الرئيسي ، و الصراع الناجم عن تعارض الأهداف و تضاربها .

+ تسطير أهداف واقعية يمكن تحقيقها ، لعملية "حل المشكل" ، و تعيين النتائج التي يرغب في الوصول إليها .

و يركز (D'Zurilla and Goldfried, 1971) في هذا السياق على أهمية أن تكون الأهداف المسطرة في خطة العلاج ، قابلة للتحقيق . فإذا كانت تلك الأهداف على مستوى عال يفوق إمكانيات العميل ، و يتعذر الوصول إليها ، فلن يكون العميل أبدا راض عن النتائج .

3) مرحلة تأسيس البدائل أو الحلول: (Generation of alternatives):

الهدف في هذه المرحلة ، هو إيجاد قائمة من الحلول ذات القدرة الفعلية في حل المشكل . و هناك ثلاثة نقاط أساسية ، تمكن من الوصول إلى ذلك الهدف:

أ) تأجيل الحكم (defferred judgment): إن إمكانية إيجاد حلول جيدة ، تكون أكبر عندما يلجأ العميل إلى الأخذ بكل الحلول التي ترد إلى ذهنه دون انتقاد مبدئي لها ، أو دون مناقشتها على العكس عندما يعمد إلىاختيار الحلول التي يراها جيدة فقط.

ب) الكمية تنتج النوعية (quantity breads quality): يزداد احتمال العثور على حلول جيدة ، كلما اتجه تفكير الفرد نحو إيجاد العديد من الحلول القوية أو الفعالة.

. جـ) الإستراتيجيات - الوسائل : (strategies - tactics) : يمكن للأشخاص الذين هم بصدد حل مشكل ما ، أن يتوصلوا إلى حلول جيدة ، إذا تمكنوا من التمييز بين الإستراتيجيات (اتجاهات بديلة عامة للقيام بالفعل) (general alternatives directions to make) , و بين الوسائل (بدائل نوعية أو خاصة لتنفيذ الإستراتيجيات) (Specific alternatives for implementing strategies).

الإستراتيجيات الجيدة هي التي يتوقع منها أن تقدم حلا لمعظم جوانب المشكل ، في حين تقيم الوسائل (tactics) بمدى قدرتها على تنفيذ أو تحقيق الإستراتيجيات. و تولد الإستراتيجيات قبل الوسائل ، و عليه ، فإن نشاط كل من المعالج و المعالج ، يظهر بشكل بارز في مرحلة اتخاذ القرار أو ما يسمى بـ (decision - making stage) في انتقاء الإستراتيجية الأفضل و الأنسب ، و إيجاد الوسائل البديلة التي من الممكن أن تكون مفيدة و فعالة في تنفيذ الإستراتيجية المنتقاة .

4) مرحلة اتخاذ القرار : (Decision - making) :

تقدر فعالية استراتيجية ما ، أو وسيلة ما عن طريق ترجيح اختيار ما على أنه الحل البديل ، كما تقدر أيضا بمدى نجاعة أو فائدة نتائج ذلك الإختيار في التعامل مع المشكل المطروح.

إن تحديد النتائج المرجح حدوثها إثر انتقاء حل معين ، يتطلب الكشف عن مدى ما سجله الحل البديل من نتائج متميزة أو نوعية إذا طبق كما يجب بالضبط ، و إلى أي مدى يمكن للعميل أن يطبقه بدقة و كما يجب.

و تجب الإشارة إلى أن النتائج التي تؤخذ بعين الإعتبار في عملية الترجيح هذه ، تشمل نتائج الحل ذات المدى القريب (short-term) كما تشمل النتائج ذات المدى البعيد (long-term).

كما لا يفوتنا أيضا أن ننبه إلى أن الحكم على فعالية و نجاعة الحل ، هو بطبيعة الحال حكم ذاتي ، يتأثر إلى حد ما بجهاز القيم ، لكل من المعالج و المعالج.

5) مرحلة تنفيذ الحل و التحقيق:
(solution implementation and verification):

عناصر هذه المرحلة النهائية هي:

أ) الأداء (performance): في هذه الخطوة ، يباشر العميل في عملية تجريب أو اختبار الحل المختار.

ب) الملاحظة (Observation): يسجل العميل في هذه الخطوة ، النتائج ، و محاولات حل المشكل ،و كذلك النتائج الإنفعالية التي تنجر عن تطبيق الحل المختار.

جـ) التقييم (evaluation): تقارن النتائج الملاحظة بعد عملية تطبيق الحل ، بالأهداف المسطرة في المرحلة الثانية ، المسماة بمرحلة "تحديد المشكل° (problem-definition stage) . فإذا حدث و أن كالعميل غير راض عن النتائج ، فإنه يتوجب عليه أن يعيد النظر (و ذلك بمساعدة المعالج) ثانية في مسار خطة العلاج ، بهدف الكشف عن الخلل و موقعه (في هذه الحالة ، يمكن الرجوع إلىمرحلة تأسيس البدائل ، أو إلى المرحلة الخاصة بالتعريف بالمشكل و صياغته ، إذا كان الخلل أعمق) . أما في الحالة الثانية ، أين يكون العميل راض عن النتائج الذي تحصل عليها بعد تطبيقه للحل المختار ، و يجد تطابقا بين هذه النتائج ، و بين النتائج المرجوة أو المرغوب فيها قبل تطبيق الحل ، فإن هذا الشعور بالرضى يشجعه على التعزيز الذاتي لطريقة "حل المشكل" .

إذ يرى الباحثان (D'Zurilla & Nezu , 1982) أن التعزيز الذاتي لتقنية حل المشكل الناجحة ، توفر للعميل إحساسا أو شعورا بفعالية الذات و ترفع من احتمال استعماله لهذه التقنية إلى أبعد مدى .

بعد عرضنا لأهم و أشهر تناولات العلاج ، نشير إلى أننا نفضل أن نتبنى نموذج حل المشكل (problem-solving model) للباحثين (D'Zurilla and Goldfried, 1971) كخطة علاجية في بحثنا هذا الذي يستند إلى خلفية نظرية ذات طابع معرفي ، و ذلك نظرا لملائمة هذه الخطة (من الناحية التصورية النظرية) لمضمون الإشكال المطروح في البحث ، و الذي يدور حول الطريقة التي يتعامل بها المصابون بالسكري مع الوضعيات الإشكالية (problimatic situations) التي يكون مرضهم مصدرا لها ، أو بعبارة أخرى ، حلول أساليب المقاومة ضد الضغط النفسي الذي ينشأ عن الإصابة بمرض السكري .

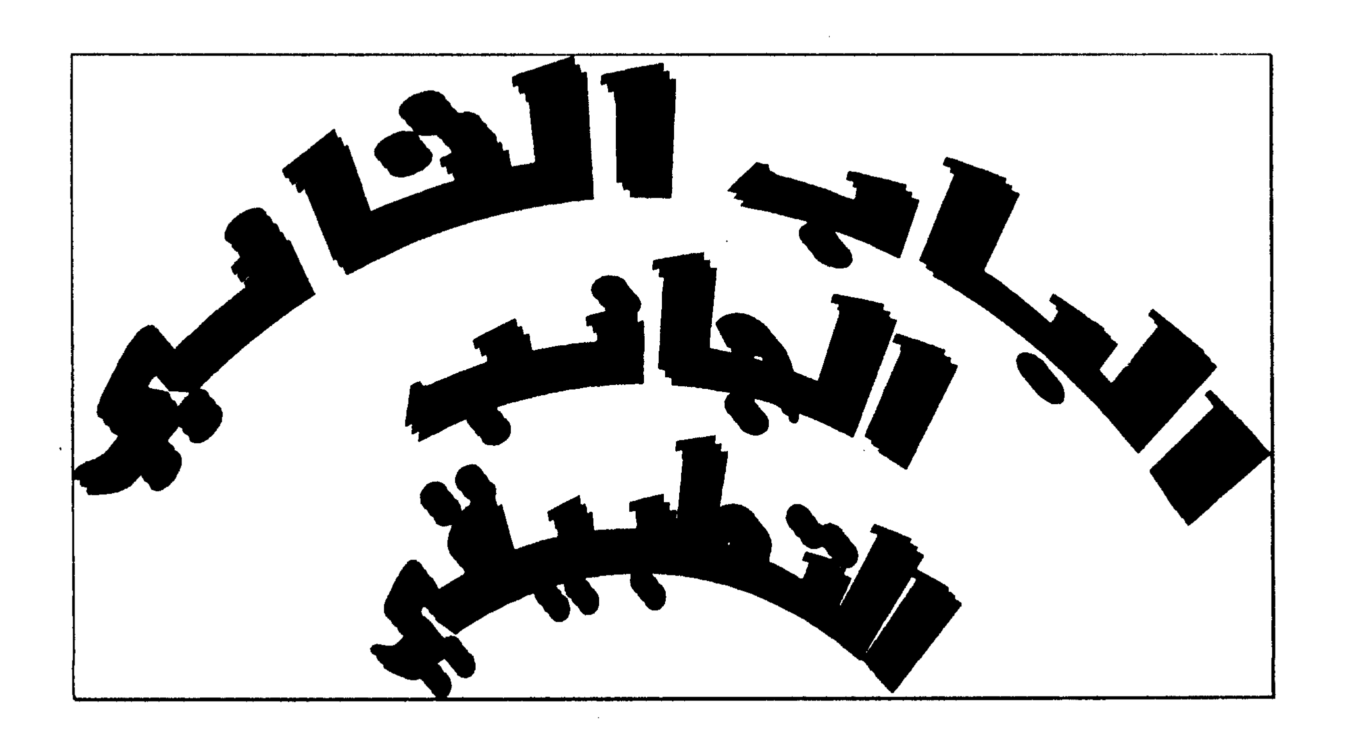
بالإضافة إلى هذا ، فإن هناك العديد من الدراسات التي قدمت دعما إمبريقيا للنموذج المسمى "بنموذج حل المشكل" ، كدراسة (Chaney , O'Leary , &Marlott, 1978) الطبق فيها نموذج حل المشكل على مدمني الكحول ، و ثبتت فيها فعاليته العلاجية . و الأمر نفسه بالنسبة لدراسة (Hussian & Lawarence, 1981) التي طبقت على المكتئبين . كما أثبتت نتائج دراسات (D'Zurilla and Nezu , 1980; Nezu & D'Zurilla , 1971, 1981b) أهمية كل مرحلة من مراحل هذا النموذج العلاجي.

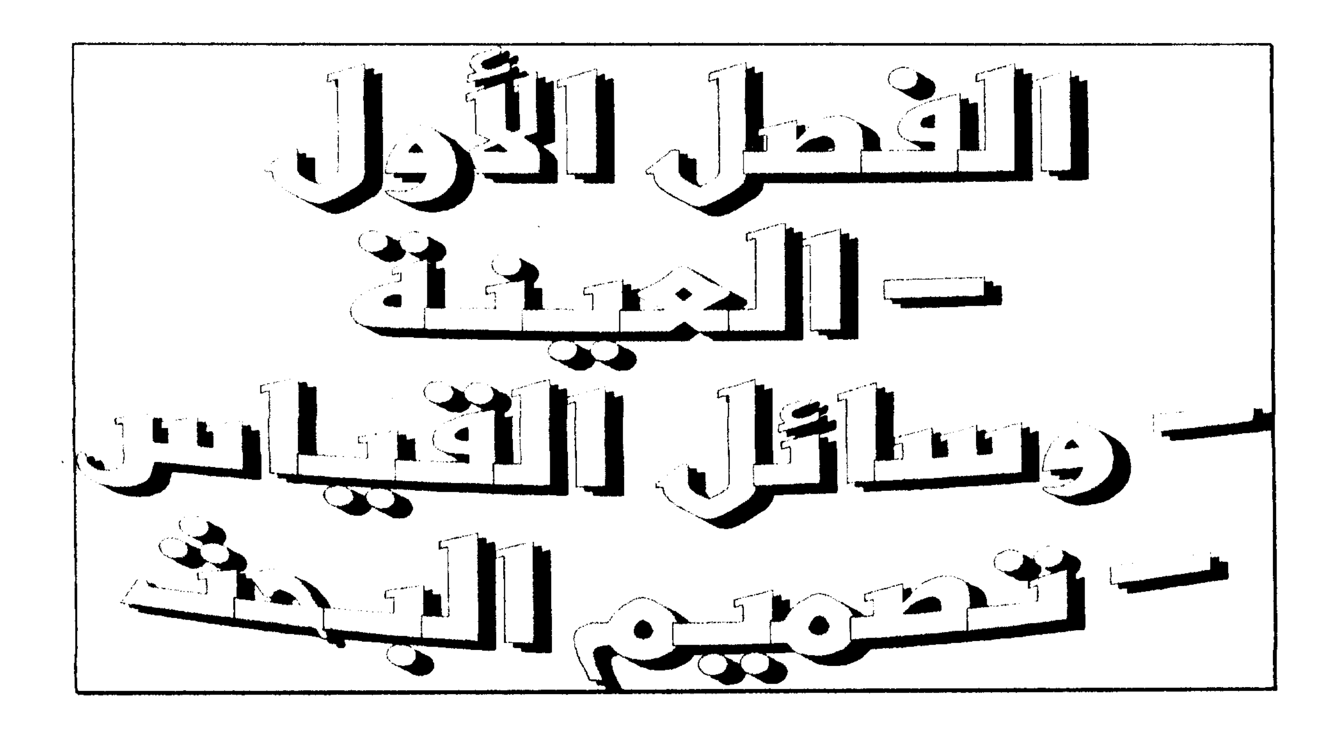
أمر آخر أساسي دفعنا إلى تبني هذه الطريقة العلاجية ، و هو المتمثل في إمكانية استخدام نموذج حل المشكل لعلاج كل شخص يعاني من الإضطرابات التي تنجم عن عدم الفعالية في الأداء أو العجز(ineffectivement) في التعامل مع الوضعيات الإشكالية (problimatic situations).كما أن هذا النموذج يسمح بتحقيق استقلالية مستمرة أو دائمة للعميل ، و ذلك بتلقينه لمهارات حل المشكل (problem-solving skills) التي تمكنه من أن يقاوم بنفسه ضد المشاكل المختلفة التي يمكن أن تصادفه في حياته . و هو السبب الذي يجعله نموذجا ملائما أيضا ، وبصفة خاصة للتطبيق على

الأشخاص الذين يملكون المهارات الأدائية اللازمة لحل مشكل ما ،و لكن طريقتهم الخاصة في حل المشاكل ليست فعالة.

.هذه إذن كل الدوافع التي دفعتنا إلى تبني هذا النموذج العلاجي المسمى بنموذج حل المشكل .(problem-solving model)

و سيتم في الجانب التطبيقي من هذا البحث ، الكشف عن أهمية الكفالة النفسية ودورها في توفير عامل التوافق السيكولوجي مع وضعية الإصابة بداء السكري ، من خلال تطبيق النموذج العلاجي المتبنى في هذه الدراسة ، على عينة من المصابين بالسكري وفق منهجية معينة ، و ذلك بالإستعانة بوسائل القياس .


الباب الثاني
الجانب
التطبيقي


الفصل الأول
- العينة
- وسائل القياس
- تصميم البحث

1) العينة :

تتكون عينة هذا البحث ، من (07) سبعة مصابين بداء السكري ، ممن كانوا يترددون على العيادة المتعددة الخدمات التابعة للقطاع الصحي بمدينة العفرون (ولاية البليدة)، و ذلك قصد المراقبة الطبية التي اعتاد المصابون بالسكري إجرائها بصفة مستمرة.

يتوزع أفراد هذه العينة بين ذكور و إناث ، خمسة (05) مصابات و مصابين اثنين (02) . كما أن معدل السن في العينة ، يقارب الأربعين سنة (≈ 40 سنة).

و قد تم الحرص على أن يكون جميع أفراد العينة مصابين بنفس النوع من أنواع مرض السكري ، و هو السكري البنكرياسي [1] (Le Diabete sucré pancreatique) , مع عدم الأخذ بعين الإعتبار لعوامل المستوى التعليمي ، الإجتماعي و الإقتصادي ، و عامل مدة الإصابة بالمرض ، كعوامل متغيرة في هذه العينة.

2) وسائل القياس :

أ) المقابلة العيادية :

تم كخطوة أولى و أساسية ، إجراء مقابلة عيادية موجهة (وفق دليل للمقابلة) مع أفراد العينة ، بهدف جمع بيانات حول الإصابة بالمرض ، و انعكاساته على مختلف جوانب حياة المريض ، وبهدف استكمال المعلومات الكمية المستقاة من نتائج الإختبارات ، بمعلومات أخرى كيفية ، لا يمكن الحصول عليها إلا من خلال التقارير اللفظية للمريض نفسه . إذ تعرضنا من خلال دليل المقابلة (الذي أرفقنا نموذجا منه في الجزء الخاص بالملحقات) ، إلى أهم الجوانب التي اعتقدنا أنها تتأثر من جراء الإصابة بالمرض , و قد تمثلت هذه الجوانب في (موقف المريض من مرضه - مرض السكري و الحياة الزوجية- السكري و الحياة الإجتماعية ، السكري و الحياة العملية - و مرض السكري والحياة النفسية.) .

---

(1): راجع الفقرة الخاصة بالسكري البنكرياسي في الفصل الخاص بالجانب الطبي لمرض السكري ،للتعرف على خصائص هذا المرض ، و مضاعفاته .

و قد تضمن كل جانب من هذه الجوانب الخمسة ، أسئلة ، للكشف عن مدى التأثير الذي تتركه الإصابة بمرض السكري على كل جانب منها.

ب) الإختبارات و المقاييس :

تمت الإستعانة في هذا البحث بأربعة مقاييس أو اختبارات هي :

- – اختبار المقاومة
- – سلم التقرير الذاتي للقلق
- معامل تقدير الذات
- – سلم فعالية الذات

* اختبار المقاومة :

يتمثل اختبار المقاومة المطبق في هذا البحث ، في قائمة طرق المقاومة (Ways Coping Checklist) (W.C.C) التي وضعها الباحثان (Folkman and Lazarus,1980) . وهي عبارة عن تطبيق لأعمال (Lazarus, 1966) حول العلاقة الموجودة بين نماذج المقاومة و الأمراض العضوية المزمنة .

و قد اقترح الباحثان (Folkman and Lazarus , 1980) هذا الإستبيان أو هذه القائمة في دراسة أجرياها على عينة تتكون من 100 فرد ، تتراوح أعمارهم بين 45 ، و 64 سنة ، و ذلك بهدف الكشف عن أساليب المقاومة التي يستعملها هؤلاء ، لمواجهة فئة متنوعة من الوقائع المعتادة ، و ذلك خلال مدة 7 أشهر.

و من أجل ذلك قدمت قائمة من الإستراتيجيات ، تحتوي على 69 بندا ، موزعة على 6 عوامل يعبر كل عامل منها ، على نمط من الأنماط أو الإستراتيجيات المستعملة في عملية المقاومة.

كما أن هذه العوامل نفسها تجمع بين الإستراتيجيات التي تركز على المشكل ، و بين تلك التي تركز على الإنفعال . و قد حددت في هذه القائمة ، العوامل التي تركز على المشكل وهي [(لتقبلات (13 بندا) ، البحث عن المساعدة (14 بندا) ، و النمو (7 بنود).] , كما حددت أيضا، العوامل التي تركز على الإنفعال وهي [الهروب(17بندا) ، التحفظات (9بنود) ، توبيخ الذات (9بنود) .] .

و تتم الإجابة على بنود هذا الإختبار ، باختيار إجابة واحدة من بين الإجابتين (نعم، لا) . و يتم تصحيح الإختبار ، بعد جمع الأجوبة الخاصة بكل العوامل ، ثم الاستدلال على نوع الاستراتيجيات الاكثر استعمالا في المقاومة ، من خلال العلامة المتحصل عليها في كل عامل من العوامل الستة . إذ يمكننا أن نستنتج أن فردا ما ، يركز على المشكل أو على الإنفعال في عملية المقاومة ضد الوضعيات الصعبة لديه ، طبقا لما تحصل عليه من نتائج ، في كل عامل من عوامل الإختبار.

أما فيما يخص صدق و ثبات الإختبار ، فإنه قد تم إثباتهما من خلال دراسة قام بها الباحثان (Harwath and Frantik ,1982) (In:Felton,Revenson and Hinrichsen, 1984.)، على عينة من مرضى القلب.

* سلم التقرير الذاتي للقلق : (Self-Rating anxiety scale)

اقترح الباحث (Zung,W.K, 1971) ، هذا السلم لتقدير القلق كاضطراب إكلنيكي ولتكميم أعراضه ,

و يتكون هذا السلم من عشرين (20) بندا ، تضم أهم و أبرز خصائص اضطراب القلق . تشير خمسة (5 0إ) بنود منها الى الأعراض الإنفعالية (Affective symptoms) لاضطراب القلق ، و الخمسة عشر (15) بندا الباقية ، تخص الأعراض الجسدية (somatic symptoms) للقلق . و للإجابة على بنود هذا الإختبار ، يتوجب اختيار واحدة فقط من بين الإجابات الأربعة المرفقة بالسلم :

- نادرا أو أبدا .
- – أحيانا.
- كثيرا .
- – دوما.

و التي يراها الشخص المعرض لهذا الإختبار ، مناسبة له ، و تنطبق بصدق عليه ، خلال الأسبوع السابق لتاريخ تطبيق هذا الإختبار .

و لتصحيح اختبار سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S) ، يتم جمع العلامات المتحصل عليها من طرف المفحوص من خلال إجاباته على مجموع بنود الإختبار ، وفقا لسلم التنقيط المتدرج (من 1 إلى 4 نقاط) . و عليه ، فإنه يفترض أن تكون نتيجة تطبيق الإختبار بين (20 و 80 نقطة), و يتم الحصول على معامل درجة القلق في هذا السلم(S.A.S) ، بتقسيم العلامة المتحصل عليها على 80 (و هو مجموع الدرجات في الإختبار) ، فيكون معامل درجة القلق الناتج بين (0,25 و 1,00) و تدل المعاملات العالية المتحصل عليها في هذا الاختبار على المستويات العالية من القلق.

و نشير إلى أنه قد تم إثبات صدق (Validity) هذا الإختبار ، إذ وجد أن هناك ارتباط ذو دلالة بين هذا الإختبار ، و بين سلم " تايلر للقلق الظاهر° (the Taylor manifest anxiety scale) ، و بينه و بين " سلم التقرير الإكلنيكي" (The clinical rating scale) الذي طوره (Zung.W .K) .

كما أن سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S) بإمكانه أن يفرق بين المصابين باضطراب القلق ، وبين أولئك المصابين باضطرابات سيكاترية ، و ذلك بفضل معامل الصدق العالي الذي يتوفر عليه.

* معامل تقدير الذات : (Index of self-esteem)

اقترح (Hudson , W.W, 1982) هذا الإختبار ، بهدف قياس مشاكل تقدير الذات. و قد صممت بنود معامل تقدير الذات (I.S.E) الخمسة و العشرين ، لقياس درجة (degree) و شدة (severity)المشكل الذي يعاني منه الفرد بالنسبة لتقديره لذاته.

إذ يعد مفهوم تقدير الذات (self-esteem) ، العنصر التقييمي لمفهوم الذات (The evaluative component of the self -comcept) .

و هذا المقياس (I.S.E) ، استعمالات واسعة في العديد من القياسات الخاصة بالإضطرابات والمشاكل الإكلنيكية . و قد تم اشتقاق الصيغة النهائية لهذا السلم القياسي ، بعد تطبيقه على مجموعة من الأشخاص تتكون من (1745) فردا ، تضم المتزوجين و غير المتزوجين من مختلف المستويات التعليمية ، من مختلف الأجناس ، كالقوقاز ، و اليابانيين ، و الصينين و الأمريكيين و غيرهم

كما أن هذا الإختبار صالح للتطبيق على الفئات العمرية التي تزيد عن 12 سنة . أما عن التصحيح ، فإنه يتم بطريقة التنقيط المتدرج من (0 إلى 4) انطلاقا من اختيار إجابة واحدة من بين الإجابات الخمسة ، المتدرجة بالشكل الآتي :

- أ) - نادرا أو أبدا .
- ب) - قليلا .
- جـ) - أحيانا .
- د) - كثيرا .
- هـ) - دوما .

و بذلك يتم الحصول على معامل تقدير الذات الذي يتراوح بين (0 و 100) . و تدل المعاملات العالية في هذا الاختبار على احتمال أكبر لوجود مشاكل متعلقة بتقدير الذات.

و لهذا المقياس درجة ثبات عالية (α = 0,93)، و يدل هذا على درجة عالية من الثبات الداخلي , كما أن معامل الإرتباط بين نتائج تطبيق هذا الإختبار و نتائج إعادة تطبيقه جد عالية ، إذ يقدر بـ (Test retest correlation = 0,92) .

نفس الشيء يمكن قوله بالنسبة لصدق (validity) هذا الإختبار ، إذ يمكن لهذا الإختبار ، أن يميز بصفة فعلية بين المفحوصين الذين يظهرون مشاكل في مختلف جوانب تقدير الذات ، و بين أولئك الذين تغيب لديهم مثل هذه المشاكل.

كما أن هذا الإختبار (I.S.E) ، يرتبط ارتباطا عاليا مع مجموعة من الإختبارات التي لها معاملات ارتباط عالية ، كاختبارات الإكتئاب (depression) ، و الشعور بالهوية (sense of identity) .

* سلم فعالية الذات (self-efficacy scale) (S .E.S.)

اقترح الباحثون :

(Sherer M., Maddox, J.E., Mercandante, B., Steven prentice-Dunn , Jacobs, B., and Rogers, R.W., 1982)

هذا السلم لقياس المستويات العامة للتوقعات الخاصة بفعالية الذات (General Expectations of Self Efficacy) ، التي لا ترتبط بوضعية محددة و لا بسلوك محدد.

و يفترض هذا الإختبار ، أن التوقعات الخاصة حول القدرة و التفوق أو السيطرة (the mastery) هي التي تحدد اتجاه السلوك ، و أن اختلاف تجارب الفشل و النجاح بين الأفراد و كذا اختلاف عمليات الإسناد (attribution) التي يقوم بها هؤلاء فيما يخص ذلك الفشل اوذلك النجاح ، هي التي تقود إلى اختلاف في مستويات الأفكار و التوقعات العامة ، الخاصة بفعالية الذات (self-efficacy expectations) .

و عليه ، فإن هذا السلم يمكن استعماله ، للكشف عن وجود صعوبات متعلقة بالشعور بفعالية الذات ، و تحديد التدخل العلاجي اللازم من جهة ، ثم استعماله كعامل مؤشر (indicator) على مدى التحسن الذي يفترض أن يكون قد طرأ على التوقعات الخاصة بفعالية الذات ، بعد التعرض إلى العلاج .

و يتكون هذا السلم من (23) بندا . منها ما يتعلق بفعالية الذات العامة (general self-efficacy)، و منها ما يتعلق بفعالية الذات الإجتماعية (social self - efficacy),

و تتم الإجابة على بنود هذا السلم ، بواسطة اختيار إجابة واحدة من بين الإجابات الخمسة المتدرجة المرفوقة بالسلم :

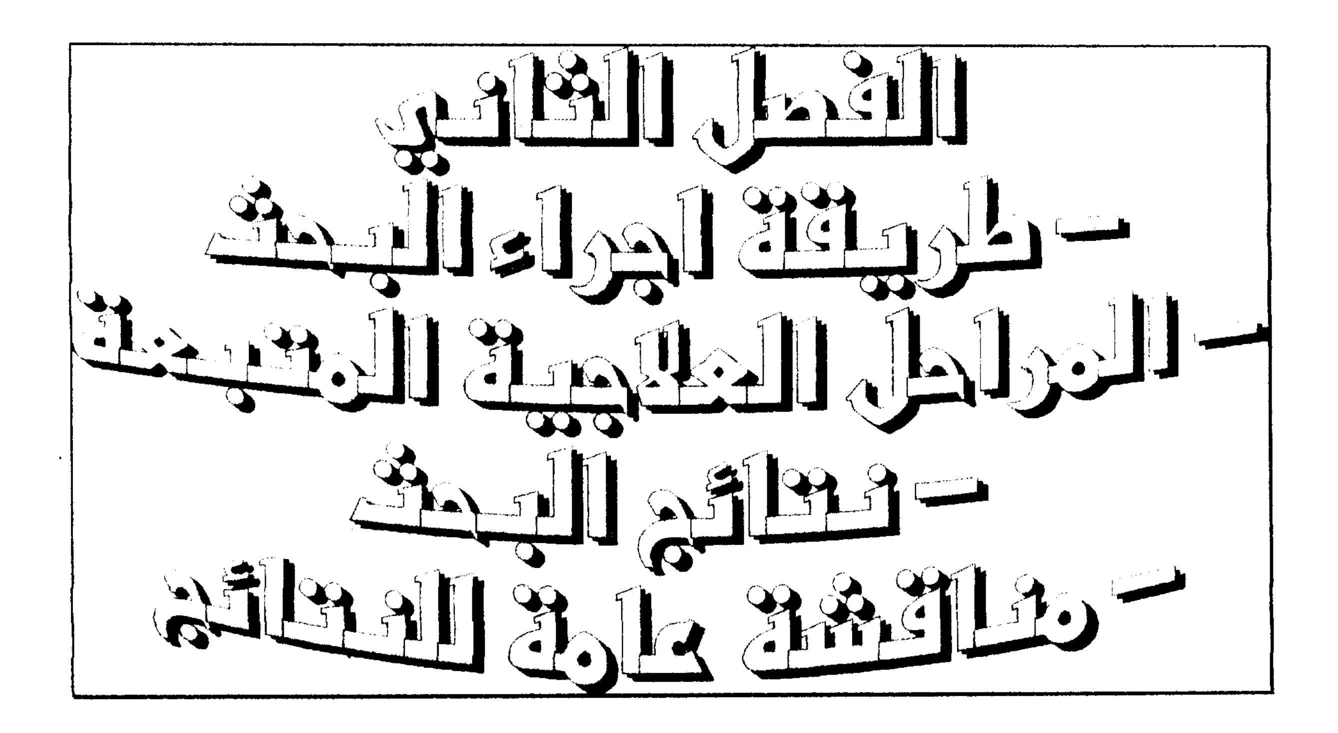
- أ)- أعارض بشدة .
- ب)- أعارض قليلا أو بعض الشيء .
- جـ)- لا أعارض و لا أوافق .
- د) - أوافق بعض الشيء .
- هـ)- أوافق بشدة .

و ذلك بوضع الحرف المناسب للإجابة المختارة أمام كل عبارة أو بند يجاب عليه. و على هذا الأساس يتم التصحيح أيضا ، إذ أن التنقيط فيما يخص الإجابات الخمسة المتدرجة ، يتم أيضا بشكل تدريجي من (1-5) ، و كلما كانت الدرجة المتحصل عليها في هذا السلم عالية ، كلما كانت هناك مشاكل في الشعور بفعالية الذات، و دل ذلك على تقدير منخفض لمستوى الشعور بفعالية الذات ، و العكس صحيح .

و لهذا الإختبار ، درجة جيدة من الثبات الداخلي ، و له أيضا درجة صدق عالية ، إذ ثبت وجود معاملات ارتباط ذات دلالة إحصائية ، بينه و بين اختبارات أو مقاييس أخرى، كسلم التقدير الذاتي لـ (Rosenberg) (The Rosenberg Self - esteem scale) .

3) تصميم البحث :

تقوم منهجية هذا البحث ، على المنهج العيادي ، بما يتوفر عليه من وسائل تقنية ، كالمقابلة العيادية ، و الإختبارات و المقاييس . مع الإشارة إلى أن التصميم المتبع في هذه الدراسة هو التصميم الفردي (single subject design) الذي يستغني فيه الباحث عن استعمال الأساليب الإحصائية ، كالتباين و معاملات الإرتباط ، و غيرهما , و يركز بالمقابل على اتباع نفس الخطوات في تطبيق البرنامج العلاجي ، المقترح مع كل فرد من أفراد العينة على حدة .


الفصل الثاني
- طريقة اجراء البحث
- المراحل العلاجية المتبعة
- نتائج البحث
- مناقشة عامة للنتائج

1) طريقة إجراء البحث :

تمت إحالة أفراد العينة على الفحص النفسي ، عن طريق استدعاءات وجهها الطبيب المشرف على عملية المراقبة الطبية ، الخاصة بمرضى السكري في العيادة ، بعد أن تم إفهامهم بنوع المساعدة التي من الممكن أن يقدمها لهم العلاج النفسي ، و بالفائدة التي من الممكن أن تعود عليهم ، من خلال المواظبة على الحضور في المواعيد المحددة من طرف المختص النفسي لتلقي العلاج . و قد إلتزم أفراد العينة بالحضور إلى العيادة في المواعيد المعطاة لهم ، لإجراء المقابلة الأولى ، بعد أن أدركوا العلاقة بين ما سوف يقدم لهم من خلال تلك الحصص العلاجية ، و بين أسلوب تعاملهم اليومي مع مرضهم .

و بعد أن تم الإتصال بأفراد العينة ، طبقت نفس الخطوات مع الجميع ، كل على حده ، إذ كانت المقابلة العيادية هي الخطوة الأولى ، ثم تلتها بعد ذلك الخطوات الأخرى الموالية ، بدءا بتطبيق أولي للإختبارات المستعملة في هذه الدراسة ، ثم تنفيذ خطوات العلاج النفسي المقترح (نموذج حل المشكل).
و بعدها توقف المفحوصون عن الحضور إلى حصص العلاج النفسي ليعودوا إليه بعد مرور أربعة (04) أسابيع من تطبيق العلاج . و عندها أعيد عليهم تطبيق الإختبارات للمرة الثانية ، حتى تجمع النتائج المتحصل عليها قبل تطبيق العلاج و بعده ، ثم مقارنتها ببعضها البعض ، للتعرف على مدى الإختلاف في عامل التوافق السيكولوجي مع وضعية الإصابة بالمرض داخل العينة ، بعد تقديم العلاج النفسي المتمثل في نموذج حل المشكل.

و بعد عرض الطريقة المتبعة في إجراء هذا البحث ، سنتطرق فيما يلي إلى عرض مراحل النموذج العلاجي المقترح في هذا البحث ، و التي تم تتبعها و التقيد بها مع كل أفراد العينة ، مرحلة ، مرحلة .

و سنكتفي بذكر المراحل العلاجية حسبما تم توزيعها على الحصص العلاجية قبل أن نعرض الحالات المدروسة ، مرة واحدة فقط ، بهدف تفادي تكرارنا لذكر هذه المراحل كلما قدمنا حالة من الحالات المدروسة ، مادامت الخطوات و مراحل العلاج نفسها ، قد طبقت مع جميع أفراد العينة ، و قد كان توقيت الحصص (45-50د . لكل حصة).

2) المراحل العلاجية "لنموذج حل المشكل

: (PROBLEM - SOLVING MODEL) "

تم توزيع الحصص العلاجية حسب الخطوات التي يحتويها هذا النموذج ، إذ خصصنا لتنفيذ كل مرحلة من المراحل العلاجية فيه ، حصة لوحدها ، فكان عدد الحصص العلاجية المطبقة على أفراد العينة ، خمس حصص لكل فرد فيها ، بغض النظر عن الحصتين الأوليتين اللتان تم فيهما اجراء المقابلة بالاضافة الى تطبيق الاختبارات المشار إليها سابقا ، قبل تنفيذ مراحل العلاج . فكانت مراحل العلاج موزعة على الحصص بالشكل التالي:

1) الحصة العلاجية الأولى

(مرحلة تحديد المسار الذي يأخذه المشكل) :

حاولنا في هذه الحصة أن نعمل على تأسيس عادة (habit) لدى أفراد العينة ، تساهم مساهمة كبيرة في إنجاح تقنية "حل المشكل" العلاجية , و لتأسيس مثل هذه العادة ، كان علينا أن نوضح لهم ، أهمية و ضرورة وجود عنصر القدرة على تحديد "الوضعيات الإشكالية" ، و ذلك بالإستفادة من مشاعر الإحباط التي كانت تسيطر عليهم (كالبكاء من حين لآخر عند بعض أفراد العينة ، الشعور بالعجز و الفشل ، وغيرها من مشاعر الإحباط التي بدت على أفراد العينة) للإشارة إلى وجود مشكل جدير بالحل يتمثل في صعوبة توافقهم سيكولوجيا مع المرض.

و كان علينا أن نؤكد لهم أيضا على ضرورة النظر إلى مرضهم ، على أنه وجه عادي من أوجه الحياة ، و ألا يعطى حجما أكبر من حجمه الفعلي . كما أن الهروب من مواجهة المشكل (وضعية المرض) و عدم تقبله كحقيقة واقعة ، لا يساعدهم على التعرف على هذا المشكل بعمق و عن كثب ، و لا على الجوانب المحيطة به . و ما وجود المختص النفسي هنا ، إلا لتوفير طريقة أكثر ملائمة للتعامل مع هذا المشكل ، و ذلك بالتعاون الفعلي و الضروري في نفس الوقت من جانبهم . و قد أكدنا لهم ان هذا التعاون المنتظر منهم ، لا يمكن أن يتم إلا بتوفير شرط أساسي من جانبهم ، و هو الشعور بفعالية الذات ، إذ يساعدهم هذا الشعور على تجاوز حالة الإحساس بالعجز و الفشل و التقصير . و قد تم التركيز بشكل شديد على هذه النقطة و على أهميتها ، في توضيح فكرة أن المشاكل التي يتعرضون لها فيما يخص تعاملهم مع مرضهم ، ما هي إلا نتيجة لسلوكاتهم اللاتوافقية أو الغير متلائمة مع معطيات المشكل المطروح.

و هنا تم تذكير أفراد العينة بالدور الذي يمكن أن يلعبه المختص النفسي في تلقينهم كيفية أكثر فعالية للتعامل مع المشكل المطروح ، و مع ما ينجر عنه من مشاكل فرعية.

و بعد أن استوعب أفراد العينة خطوات هذه المرحلة العلاجية الأولى، لاحظنا عليهم بعض الإرتياح المصحوب بالرغبة في مواصلة العلاج ، بعد أن كان البعض منهم لا يبدو متحمسا كثيرا لفكرة العلاج النفسي ، خصوصا و أنهم لم يكونوا متفهمين لنوعية المساعدة التي من الممكن أن يقدمها لهم هذا النوع من العلاج في عملية توافقهم مع مرضهم . فوجدنا البعض منهم يتساءل عن الموعد اللاحق ، بالرغم من أننا قد شرحنا لهم كيفية سير حصص العلاج النفسي ، و توقيتها الزمني مسبقا.

2) الحصة الثانية (مرحلة التعريف بالمشكل و صياغته) :

في هذه الحصة ، بدأنا أولا ، بمحاولة تذكير أفراد العينة بأهم ما دار من محاور في الحصة العلاجية الأولى . و قد وجدنا أن معظم أفراد العينة ، يتذكرون بشكل جيد أهم ما دار من نقاط و معطيات في الحصة الأولى ، خاصة فيما يتعلق بعنصر الشعور بفعالية الذات ، و ضرورة النظر إلى وضعية المرض كوجه عادي من أوجه الحياة .

و بعد ذلك انتقلنا إلى المرحلة العلاجية الثانية ، بدءا بالتركيز على عنصر التعود على التريث ، وعدم الهروب من مواجهة المشاكل . إذ تم إفهام أفراد العينة بأن التسرع في معالجة المشاكل المطروحة ، او تجنب مواجهتها ، لا يزيدها إلا تعقيدا , و حتى و إن تم التوصل إلى حل بشأنها ، فإن ذلك الحل من المحتمل ألا يتماشى مع كل عناصر المشكل و الظروف المحيطة به ، و هو الأمر الذي يخلق نوعا من الشعور بعدم الفعالية ، أو بعدم القدرة على إيجاد حلول للمشاكل قيد المواجهة.

و لهذا السبب فإن التعود على التريث في حل المشاكل ، و التعامل معها بنوع من الواقعية ، محور اساسي من محاور هذا النموذج العلاجي ، و لذلك تم التركيز على ضرورة الإبتعاد عن التعامل مع المشكل (وضعية المرض) كعنصر مولد للضغط يستحيل على صاحبه تجاوزه ، أو التوصل إلى حل بشأنه .

و بعد أن تبينت أهمية هذا العنصر لدى أفراد العينة ، انتقلنا بعد ذلك إلى نقطة أخرى في هذه المرحلة الثانية . و فيها حاولنا أن نؤكد لأفراد العينة على أهمية الحصول على كل المعلومات الممكن توفرها حول المشكل (المرض) ، لأن ذلك من شأنه أن يوفر لهم، مادة ثرية من المعطيات المكونة للمشكل ، فيمكنهم من إزاحة الغموض عن ماهية المشكل و طبيعته و مكوناته . لأن المشكل إن ساده الغموض ، و لم يتمكن صاحبه من التعرف عليه و التعريف به بوضوح ، من الممكن أن يقوده ذلك إلى التعبير عنه بشكل خاطئ ، أو يجعله يشعر بصعوبة التعبير عنه بشكل واضح . و على هذا الأساس ، فإن عملية التعريف بالمشكل الذي يعانون منه ، تقتضي منهم أن يحرصوا على:

- الحصول على كل المعلومات الممكن توفرها حول المرض ، كطبيعة المرض ، عوامله و مظاهره (كاستعاب فكرة أن الشعور بالإعياء الشديد في بعض الأحيان ، و خاصة بعد بذل جهد كبير ، هو مظهر عادي و طبيعي ، من المظاهر الإكلنيكية لمرض السكري) ، مساره و العوامل التي تحكم هذا المسار (كالإلتزام بالحمية ، و بالتمارين الرياضية البسيطة ، و بالمراقبة المستمرة) ، و المضاعفات المحتملة و المتوقع حدوثها في بعض الحالات و الظروف المساعدة على نشأة مثل تلك المضاعفات

(كالتهاب قرينة العين ، اصابة القلب و الكلى) ، و غيرها من المعلومات الخاصة بالعلاج ، وبالوقاية من هذه المضاعفات و بمسار المرض عموما.

و قد لفتنا انتباه أفراد العينة إلى إمكانية التحاقهم ببعض الجمعيات المكونة خصيصا لهذا الغرض ، بغية التعرف عن قرب و بشكل صحيح عن مرضهم، من خلال أشخاص مؤهلين لمثل هذه المهمة , كما أنه باستطاعتهم أن يطلبوا تلك التوضيحات من طبيبهم المعالج ، إن لم تتوفر لهم فرصة الإلتحاق بمثل تلك الجمعيات.

- الفصل أو التفريق بين الوقائع الحقيقية التي تنبثق عن الوضعية المشكل (المرض) و بين بعض الإستنتاجات الخاطئة و التوهمية التي تبدو لهم و كأنها حقائق لا يمكن تجاوزها ، كأن يسلموا بفكرة أن الإصابة بمرض السكري تعني لهم ، أنهم أصبحوا غير قادرين على ممارسة أي عمل ، مهما كانت بساطته ، أو أنهم ليسوا كباقي الناس من غير المصابين بالسكري . و هنا عدنا إلى تذكير أفراد العينة بفكرة أن المشاكل التي يتعرضون لها في ممارسة حياتهم اليومية ، ما هي إلا نتيجة لسلوكاتهم اللاتوافقية ، أولأساليبهم الخاطئة في التعامل مع تلك المشاكل الناجمة عن وجودهم تحت ضغط سيكولوجي، تمارسه عليهم وضعية الإصابة بالمرض . و لهذا ، و حتى يتم التوصل إلى أسلوب توافقي و فعال في التعامل مع وضعية المرض عموما ، عليهم أن يقوموا بعملية حصر لكل الجوانب و المظاهر المصاحبة لهذه الوضعية ، حتى يتمكنوا من ضبط متغيراتها ، و التحكم في عواملها ، و بهذا الشكل ، يمكنهم التوصل إلى تعامل فعال مع تلك الوضعية المشكل.

- تسطير أهداف واقعية لحل المشكل . و قد حرصنا على توضيح مدى أهمية أن تكون الأهداف المسطرة على جانب كبير من الواقعية , لأن البحث عن أهداف واقعية قابلة للتحقيق و يمكن تطبيقها في واقعهم ، يضعهم في مواجهة حقيقية و فعلية ، و جدية أيضا مع المشكل المطروح ، و يبعدهم عن استعمال أسلوب التجنب و التفادي

كما أن الأهداف المسطرة إن لم تكن قابلة للتحقيق من طرف أفراد العينة ، و كانت على مستوى عال ، يتجاوز إمكانياتهم ، فإن ذلك يؤدي إلى الشعور بالعجز و بالنقص و الفشل ، و هو أمر نحاول منذ البداية الإبتعاد عنه.

و بعد تسطير أهداف قابلة التحقيق ، تأتي الخطوة الموالية ، و هي المتعلقة بتحديد النتائج المراد تحقيقها . و المتمثلة في تجاوز مرحلة العجز و التقصير الذي يشعر به أفراد العينة ، بالإعتماد على أهم النقاط و الخطوات العلاجية التي تم التركيز عليها في الحصتين العلاجيتين الأولى و الثانية.

3) الحصة العلاجية الثالثة (مرحلة تأسيس الحلول أو البدائل) :

حاولنا في هذه المرحلة العلاجية ، إيجاد قائمة من الحلول التي لها القدرة على توفير تعامل ملائم مع المشكل (وضعية المرض) ، و على تخفيف حدة الضغط السيكولوجي الذي يكون ذلك المشكل مصدرا له . و قد وضحنا لأفراد العينة ، أنه للوصول إلى هذا الهدف ، عليهم أن يأخذوا بعين الإعتبار ثلاثة نقاط أساسية هي :

- الأخذ بجميع الحلول التي من الممكن أن ترد إلى أذهانهم دون أن يبادروا إلى انتقادها أو الحكم عليها مبدئيا ، و هو الأمر الذي يجعل احتمال الحصول على حلول جيدة يكون أكبر ، على العكس عندما يختارون مباشرة و بصفة فورية حلولا تبدو لهم جيدة ، منذ الوهلة الأولى (و هنا عدنا إلى تذكيرهم بضرورة تأجيل الحكم على الأشياء و التعود على التريث ، و الإبتعاد عن التسرع.)

- كلما كان عدد الحلول الواردة إلى الذهن أكبر ، كلما زاد احتمال العثور على حلول جيدة او فعالة في معالجة المشكل . و لهذا السبب يتوجب عليهم أن يأخذوا بعين الإعتبار، كل الحلول التي ترد إلى أذهانهم دون مناقشتها مبدئيا ، أو الحكم على قلة فعاليتها ، ثم بعد ذلك ، يمكنهم أن يختاروا منها الحل الذي يرونه الأفضل و الأنسب في وضع حد لمشاكلهم . و بعدها، يمكنهم إيجاد الوسائل الفعالة لتنفيذ ذلك الحل أو مجموعة الحلول المنتقاة لمعالجة المشكل المطروح.

و قد عملنا في هذه الحصة على تهيئة أفراد العينة للمرحلة العلاجية القادمة ، و المتعلقة باتخاذ القرار ، و ذلك بمحاولة استرجاع أهم ما جاء في الحصص الثلاثة الماضية ، و محاولة الربط بين ما تم و ما اتفق عليه في تلك الحصص ، من ضرورة التقدير (appraisal) الجيد للوضعية الحقيقية للمرض ، انطلاقا من اعتقاد أفراد العينة بأهمية فكرة عدم تضخيم المرض ، و عدم النظر إليه على أنه عائق مزمن يستحيل التغلب عليه ، و وجوب الشعور بفعالية الذات ، وبالقدرة على تحقيق تلك الفعالية في جوانب عديدة من جوانب حياتهم اليومية.

4) الحصة العلاجية الرابعة (مرحلة اتخاذ القرار) :

في هذه الحصة ، و بعد التأكد على عنصر الشعور بفعالية الذات ، و تسطير الهدف الخاص بإيجاد قائمة حلول تتماشى مع طبيعة المشكل و العوامل المحيطة به ، في الحصة الثالثة من مراحل العلاج ، توصل أفراد العينة إلى اتخاذ قرار شامل بشأن معالجة الوضعية الضاغطة التي يعانون منها ، من خلال إصابتهم بمرض السكري ، و ذلك بـ :

- الإبتعاد عن إجراء مقارنة بينهم و بين الأشخاص الآخرين ، و تقبل ذاتهم كما هي دون الشعور بالنقص أو بعدم الفعالية و التخلص من فكرة العجز.

- التعامل مع وضعية المرض و مع المشاكل التي تنجم عنها بنوع من التروي و العقلانية ، و بعيدا عن أسلوب الهروب و السلبية.

- الإقتناع بفكرة "العمل" من أجل أن يشغلوا أوقاتهم ، و يمارسوا نشاطاتهم الإجتماعية العادية دون أن يأخذوا من المرض حجة أو ذريعة يلجؤون إليها ، كلما شعروا بعجز أو بتقصير في أدائهم لتلك النشاطات.

- نظرا لطبيعة المرض التي تفرض نوعا من الإلتزام ببعض الشروط و التعليمات الطبية التي ينصح بها في مثل هذه الحالة (كالمراقبة الطبية المستمرة ، و النظام الغذائي المحدد) ، و نظرا لسن بعض أفراد العينة

فإن البعض منهم ، ارتئ أن يقتصر نشاطه على بعض الأعمال التي لا تتطلب جهدا كبيرا ، و التي لاتجلب الشعور بالإعياء الشديد . في حين تمسك البعض الآخر ممن لا يعانون من عامل السن ، بممارسة نشاطاتهم المعهودة.

- أدرك أفراد العينة أن حالة القلق و الضغط النفسي التي يشعرون بها عندما يفكرون في مرضهم ، تزداد كلما بقوا لوحدهم ، و أن تفكيرهم المتواصل في مرضهم و في الحالة التي أصبحوا عليها ، يقودهم إلى حالة من الأرق ، و الشعور بالعجز و بالتعب الشديد دون بذل أي مجهود . و لهذا توصلوا إلى فكرة أنهم لو تجنبوا البقاء بمفردهم لوقت طويل ، ربما سيتمكنون من تفادي التفكير المستمر في مرضهم، وسيساعدهم على التغلب على الأرق أيضا ، فيوفر لهم الراحة الذهنية و الجسدية.

هذه المجموعة من الحلول ، تشكل نموذجا عاما من القرار الذي خرج به مجموع أفراد العينة , وهناك بعض الإضافات الجزئية التي ربما ينفرد بها البعض ، و ذلك تبعا لمعطيات كل حالة ، إلا أن أفراد العينة اتفقوا جميعا في هذه النقاط ، لاتخاذ قرارهم بشأن معالجة الوضعية المشكل.

5) الحصة العلاجية الخامسة (مرحلة تنفيذ الحل و التحقيق):

في هذه الحصة العلاجية النهائية ، و بعد اتخاذ القرار بشأن الوضعية المشكل ، أعطيت لأفراد العينة التعليمات النهائية الخاصة بهذا النموذج العلاجي "نموذج حل المشكل" و المتمثلة في مباشرة أفراد العينة لتجريب مجموعة الحلول المنتقاة و المتفق عليها في المرحلة الرابعة من العلاج ، ثم تسجيل النتائج المنبثقة عن تجريب تلك الحلول المختارة ، و كذا النتائج الإنفعالية الناجمة عن تطبيق القرار المتخذ سابقا.

و بعد عملية التسجيل هذه ، تأتي عملية تقييم (evaluation) النتائج المتوصل إليها بعد تطبيق القرار (مجموعة الحلول) ، و مطابقتها مع النتائج المرغوب فيها ، قبل تنفيذ الحلول المسطرة في الحصة العلاجية الرابعة. فإن أسفرت هذه المطابقة بين النتائج عن شعور بالرضى و الإرتياح ، أدى ذلك إلى توفر إحساس بفعالية الذات لدى أفراد العينة ، و إن حدث العكس ، رجعنا إلى المراحل العلاجية السابقة

للبحث عن الخلل ، و الكشف عن موقعه . و كلما كان الخلل أعمق توجب البحث عنه في المراحل العلاجية الأولى.

(نشير إلى أنه لم يحدث و أن حصل تناقض بين النتائج المتوصل إليها بعد تجريب الحلول المتوصل إليها من طرف أفراد العينة ، و بين النتائج المسطرة سابقا ، و ذلك مع أفراد العينة الستة (06) الذين طبق عليهم نموذج حل المشكل ، من أصل سبعة (07) مصابين ، حيث أن الفرد السابع في العينة ، لم يطبق عليه العلاج ، بعد أن اتضح من خلال نتئج المقابلة العيادية و نتائج الإختبارات المطبقة عليه ، أن الإصابة بالسكري لا تشكل بالنسبة إليه مصدر ضغط نفسي ، اجتماعي ، وهو يبدي مستوى من التوافق السيكولوجي يمكنه من تجاوز الإنعكاسات االتي من الممكن أن تتركها الإصابة بالسكري على جوانب حياته المختلفة . و يمكن مراجعة النتائج التي تحصل عليها في الإختبارات المطبقة عليه ، للتأكد من ذلك وهذا ، تم الإستغناء عن فكرة تقديم العلاج النفسي له كباقي أفراد العينة.).

- بعد أربعة أسابيع من تاريخ انتهاء الحصص العلاجية ، استدعي أفراد العينة ، من أجل إعادة تطبيق الإختبارات المستعملة في هذا البحث و هي (اختبار المقاومة ، اختبارالقلق ، اختبار فعالية الذات ، واختبار تقدير الذات) . و دونت النتائج المتحصل عليها في جداول ، لمقارنتها بالنتائج المسجلة قبل نطبيق العلاج . و ذلك بهدف الكشف عن مدى فعالية هذا النموذج العلاجي في توفير توافق سيكولوجي لمرضى السكري مع مرضهم.

و فيما يلي عرض لكل الحالات المدروسة بكل الخطوات المتبعة و النتائج المتوصل إليها ، حالة بعد حالة . بدءا بتقديم الحالة ، ثم عرض النتائج (الخاصة بالمقابلة ، و بالإختبارات المطبقة في البحث ، قبل و بعد تطبيق التقنية العلاجية) ، ثم التعليق على النتائج (المتحصل عليها في المقابلة ، و بعد تطبيق الإختبارات) لننتهي أخيرا بمناقشة النتائج

.و بعد الإنتهاء من عرض كل الحالات المدروسة في عينة البحث مرورا بالخطوات المذكورة آنفا

، سنختم ذلك كله بمناقشة عامة لنتائج البحث كله .

3) نتائج البحث

I) الحالة رقم (1) : السيدة (ع)

1) تقديم الحالة :

الجنس : أنثى,

السن : 54 سنة,

بداية الإصابة بالسكري : منذ 12 سنة,

متزوجة ,

لا تعمل ,

2) عرض النتائج :

أ) عرض نتائج المقابلة :

أول ملاحظة يمكن قولها حول السيدة (ع) ، عندما حضرت إلى الفحص النفسي ، هي أنها أجهشت بالبكاء فور شروعنا في إجراء المقابلة معها و بمجرد سؤالنا عن حالها منذ إصابتها بالسكري . كما أنها كانت تشرع في البكاء من حين لآخر ، طول فترة إجراء المقابلة .

أما إجابات السيدة (ع) حول أسئلة المقابلة فكانت كما يلي :

"انهار اعرفت بللي عندي السكر ، حسيت روحي مت و حييت اتقلقت بزاف ، و ليت نعيط ، تغميت ، ما أمنتش روحي ، بصح ضرك والفتو شوية ، بسيف عليا نوالفو . قبل ما نمرض بالسكر ، كنت انشوف الناس اللي مراض بيه ، كانو يغيضوني ، و ضرك كي مرضت به أنا ، و ليت وحدي نبكي (و أجهشت بالبكاء.) .

- يقلقني المرض ، يقلقني بزاف ، و بالكثرة مع الدراري ، راكي عارفة اللي عندو الدراري.

راني قابلاتو المرض ، واش ندير ، هذي حاجة ربي ، لو كان برك ما يجنيش مرض وحداخر.

نحس بضيقة الخاطر ، لو كان انصيب مرات غير ساكتة ، ما نهدر ، مانتكلم ، ما ناكل مانشرب ما يهدرو معاي. نحب مرات لو كان برك يخلوني ساكته. السكر بدلي حياتي ، اصبحت عاجزة ، فاشلة في قوايمي ، تغيضني عمري ، كفاه كنت و كفاه وليت . ما نخدمش فالدار ، ما نقدرش نخدم ، نحس لحمي طايب.

-أنا ما نتقلقش كي يعرفوا الناس مرضي ، ربي اعطاه لكل واحد ، ماذابيا يعرفوا . برك اللي تقلقني كي يقولولي اعلاه دايمن اتقولي راني مريضة ، راني مريضة.

عمرو اللي كون بصحتو ما يكون كما اللي راحتلو صحتو ، عند بالهم راني نتمسخر كي نقول راني مريضة . و على هذا ما نحبش انبات عند الناس ، ما نحبش انروح لعراس.

لو كان نقدر نخدم ، انحب نخدم , بصح كي بناتي يقولولي ، ما بكش المرض ، والفتي ماتخدميش برك ، هذي تقلقني و نولي نبكي.

- ما عندي حاجة ، انقسر مع الناس كامل ، نشتكي بزاف ، نبكي بزاف كي نحكي على مرضي للناس ، و هوما ما يحبوش يجبدولي على مرضي.

-أنا و راجلي ما نتفاهموش ، même كي كنت صحيحة ، ما نتفاهموش ، دايمن فالزعاف ، بصح ضرك ، ملي مرضت يساعفني ، كي يشوفني تقلقت ما يقوليش . و انا ما نحملش راجلي ملي احكمني السكر ، نفسي ماهيش كيما كانت بكري ، و هو يساعفني ما يقوليش وعلاه:

- ضرك والفت هذاك النظام ، الريجيم حتى و هو اصعيب ، بصح بسيف نوالفوا ، وراكي عارفة الرجيم ، ما تقدريش اتبعيه دايمن ، خطرة يكون ، خطرة ما يكونش.

- راني انشوف في روحي ماشي كما بكري ، نقول ، شوف الصحة كفاش رخستني . كي نتفكر مرضي ، ثم ثم نتقلق و نولي نبكي (و بكت هنا و تدخلنا لتهدئتها ، ثم عدنا لأسئلة المقابلة) ,

- كي روحو بناتي ، نخدم شوية ، بصح ما نقدرش ما تجينيش خدمتي كما بكري ، ما تعجبنيش. -شحال من مرة ، نقول لو كان جاتني مرارة ، لو كان نحيتها ، لو كان ذيك ، و مرض السكر هو اللي راه متعبني ، خلاني عاجزة ، نتخيل بزاف لو كان راني مريضة بمرض واحداخر خير . نقول بلي لو كان ما مرضتش بالسكر لو كان راني لاباس عليا ، و نولي نبكي، ما نصبرش كامل.

- نعم ، كي يولي كاش واحد يحكيلي على مرضو ، نحس كلي أنا ما عنديش هذاك المرض . نحس روحي بللي ربحت , ضرك ما هوش هامني كما كان ، شوية ، ما نيش نتقلق كما كنت ، راني قابلتو كما راه ضرك ، هاذي حاجة ربي ، و اللي يشتكيلي نعذرو.

-خطرات يجيني في بالي ناكل كما الناس كامل ، ما نديرش الريجيم ، و نموت ، الموت وحدة . واش راحة انعيش ما عشت.

-ان شاء الله ، انكون خير من كما راني ، و علاه لا لا . نقول بلي لو كان نقدر ما نتقلقش و نصبر نولي كما كنت ، بلاك نخدم ، و نعاون بناتي ، نخرج ، ندخل ، و علاه لالا, بصح ما ضنيتش اللي راحتلو صحتو ، تعاود توليلو. °

ب) عرض نتائج الإختبارات المستعملة في البحث :

في الحصة الثانية ، كانت السيدة (ع) في حالة أحسن و أهدأ من ذي قبل ، إذ ذكرت لنا بأنها تشعر بنوع من الإرتياح الإنفعالي بعدما تكلمت عن مرضها (فرغت قلبي) كما قالت . و أخبرتنا بأنها مستعدة للخطوات المتبقية من العلاج ، فشرحنا لها ، بأنه للوصول إلى تطبيق العلاج بخطواته كلها ، علينا أن نمر بإجراءات أخرى هي أيضا أساسية و ضرورية . فبعد المقابلة ، علينا أن نطبق بعض الإختبارات ، وهي أيضا عبارة عن أسئلة تخص المصاب بالسكري ، و تخص أيضا تأثير هذا المرض و علاقته بمختلف

جوانب حياة المصاب به . و طبقت الإختبارات كلها في الحصة الثانية . و بعد تقديم العلاج ، أعيد تطبيق نفس الإختبارات، اختبار المقاومة ، سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S) سلم فعالية الذات (S.E.S) ، ومعامل تقدير الذات (I.S.E) . و دونت النتائج كلها في جداول ، حسبما يلي:

***نتائج تطبيق الإختبارات قبل العلاج :**

الأختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S)	سلم فعالية الذات (S.E.S)	معامل تقدير الذات (I.S.E)
الدرجات	°63	°83	°77

-جدول رقم (1): نتائج تطبيق(I.S.E) (S.E.S) (S.A.S) قبل العلاج ، على السيدة (ع)

[للحصول على معامل القلق ، كما جاء في تقديم الإختبار في الفقرة الخاصة بالتصحيح ، حول عرض الوسائل التقنية المتبعة ، نقسم العلامة أو الدرجة المتحصل عليها (63°) على (80°) (وهو مجموع الدرجات في الإختبار كله) ، فيكون معامل القلق عند السيدة (ع) مساويا لـ : (0,78).]

الإجابات / **العوامل**	**نعم**	**لا**
الهروب	16	1
التقبلات	6	7
البحث عن المساعدة	8	6
التحفظات	7	2
توبيخ الذات	6	3
النمو	0	7

-جدول رقم (2) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة (W.C.C) قبل تقديم العلاج للسيدة (ع).

نتائج تطبيق الإختبارات على السيدة (ع) بعد العلاج :

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات (S. E . S)	معامل تقدير الذات (I . S. E)
الدرجات	°36	°74	°51

-جدول رقم (3): نتائج إعادة تطبيق(I.S.E) (S.E.S) (S.A.S) على السيدة (ع) بعد العلاج

(معامل القلق لدى السيدة (ع) بعد إعادة تطبيق الإختبار الخاص بسلم التقرير الذاتي للقلق ، نحصل عليه بقسمة الدرجة التي تحصلت عليها (36°) على 80° ، فيكون (0,45)) .

العوامل / الإجابات	نعم	لا
الهروب	4	13
التقبلات	9	5
البحث عن المساعدة	11	3
التحفظات	7	2
توبيخ الذات	3	6
النمو	7	0

-جدول رقم (4): نتائج اعادة تطبيق اختبار المقاومة (W.C.C) بعد تقديم العلاج للسيدة (ع).

3) التعليق على النتائج :

أ) التعليق على نتائج المقابلة :

لو نظرنا إلى إجابات السيدة (ع) حول أسئلة المقابلة ، للاحظنا أن هناك العديد من العبارات التي ترددت أكثر من مرة ، مثل (نتقلق بزاف ، نحس بضيقة الخاطر ، نبكي بزاف ، نشتكي بزاف ، وغيرها من العبارات الأخرى) . الشيء الذي يدل على أن مرض السكري يشكل إلى حدما ، مصدر ضغط سيكولوجي بالنسبة للسيدة (ع) . إذ غير لها مجرى حياتها ، فأصبحت كما تقول هي ، إمرأة (عاجزة ، فاشلة من قوايمي ما نخدمش فالدار ، ما نقدرش لحمي طايب ،...) و أصبحت تفضل الوحدة و الإنعزال إذ تقول ، (لو كان نصيب مرات غير ساكته ، ما نهدر ، ما نتكلم ، لو كان يخلوني غير ساكته برك ، ... ما نحبش انروح عند الناس ما نحبش نروح لعراس.)

كما نلاحظ أيضا أن إصابتها بالسكري ، قد أثرت سلبا على تقديراها لذاتها ، إذ تقول السيدة (ع) في إحدى إجاباتها عن أسئلة المقابلة ، (عمرو اللي يكون بصحتو ماهو كما اللي رحتلو صحتو ، تغيضني عمري كفاه كنت و كفاه وليت ... راني انشوف في روحي ماشي كما بكري ، ... و ما تجينش خدمتي كما بكري) .

و نلاحظ أيضا أن إحساسها بفعالية ذاتها و بقدرتها على الإنجاز قد أصبح ضعيفا أيضا ، ويعبر عن ذلك قولها في العديد من المرات (ما نقدرش ، ما نخدمش في الدار ما نقدرش ، كي روحو بناتي ، نحب نخدم بصح ما نقدرش) .

أما من حيث مدى تقبلها للمرض ، فإننا نرى أن السيدة (ع) تجيبنا بأنها تتقبل حقيقة إصابتها بالسكري ، كواقع موجود ، فتقول (نقبلو المرض ، واش ندير ، هذي حاجة ربي) و لكنها تعود لتعبر لنا بشكل غير مباشر عن رفضها لهذا المرض و للوضعية التي هي عليها ـ عندما تقول مثلا : (نقول لو كان جاتني مرارة لو كان نحيتها ، ... نتخيل بزاف لو كان راني مريضة بمرض وحداخر خير ، ... نقول لو كان ما مرضتش بالسكر لو كان راني لاباس عليا) .

من جهة أخرى فإن تأثير مرض السكري على الحياة الزوجية أو الجنسية للسيدة (ع) يبدو واضحا من خلال قولها : (ما نحملش راجلي ملي حكمني السكر ، نفسي ما راهيش كما بكري .)

خلاصة القول إذن حول حالة السيدة (ع) هي أن الإصابة بمرض السكري ، تشكل فعلا مصدر ضغط سيكولوجي ، نجمت عنه صعوبات نفسية وإجتماعية وزوجية، بالنسبة لهذه السيدة .

ب) التعليق على نتائج الإختبارات :

*) قبل تقديم العلاج :

بالنظر إلى نتائج الإختبارات المدونة في الجدول رقم (1) ، و الخاصة باختبارات (القلق ، فعالية الذات ، و تقدير الذات) قبل تقديم العلاج ، نستنتج أن السيدة (ع) تعاني من مستوى عال من القلق (63°) و بمعامل قدره (0,78) ، و هو ما يؤيد ما جاء في نتائج المقابلة .

كما أن الدرجة التي تحصلت عليها السيدة (ع) في سلم فعالية الذات (S.E.S) تدل على وجود مشاكل فيما يخص شعورها بفعالية ذاتها ،اذ ان مستوى فعالية الذات ينخفض في هذا السلم كلما كانت الدرجة المتحصل عليها عالية (أو كلما اقتربت من 100°) ، والسيدة (ع)، تحصلت على (83°) في اختبار فعالية الذات .

و نفس الشيء ، يمكن قوله بالنسبة لنتائج معامل تقدير الذات ، إذ نلاحظ أنها تحصت على (77°) و هي درجة عالية تشير إلى مستوى منخفض لتقدير الذات .
و يمكننا أن نلاحظ أيضا أن نتائج سلم فعالية الذات (S.E.S) يمكن أن تدعمها نتائج المقابلة (كما جاء على لسان السيدة (ع) : ما نقدرش نخدم ، نحس روحي فاشلة) .

و الأمر نفسه بالنسبة لنتائج معامل تقدير الذات (I.S.E) ، إذ جاء في المقابلة قول السيدة (ع) : (راني انشوف روحي ماشي كما بكري ، ما تجينيش خدمتي كما بكري ، نقول شوف الصحة كي رخستني..) .

و تشير نتائج الجدول رقم (2) الخاصة باختبار المقاومة (W.C.C) قبل بداية العلاج ، أن السيدة (ع) تستعمل بشكل واضح، الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال ، أكثر من الإستراتيجيات التي تركز على المشكل في عملية المقاومة ضد المرض ، إذ نراها تستعمل عوامل الهروب و توبيخ الذات و التحفظات أكثر مما تستعمل عوامل التقبلات و النمو . و هذه النتائج أيضا تدعمها المقابلة و ما جاء فيها من إجابات في العديد من المرات (نبكي بزاف ، ما نيش كما بكري ، ما نقدرش نخدم ...)

*) بعد تقديم العلاج :

سنستند في التعليق على نتائج الإختبارات المطبقة على السيدة (ع) بعد العلاج بالدرجة الأولى على المقارنة بينها و بين النتائج التي تحصلت عليها قبل بداية العلاج .

فلو قارنا بين نتائج الإختبارات المطبقة على السيدة (ع) قبل و بعد العلاج ، لوجدنا أن هناك فرق واضح بين هذه النتائج، فيما يتعلق بكل الإختبارات المطبقة . إذ نلاحظ أن مستوى القلق الناجم عن الضغط السيكولوجي الذي يولده مرض السكري عند السيدة (ع) قد انخفض بعد تلقيها للعلاج النفسي المتمثل في نموذج "حل المشكل" ، إذ بلغ مستوى القلق لديها قبل العلاج (63°) في حين انخفض بعده ، ليصل إلى مستوى (36°) .

و نفس الشيء يمكن قوله بالنسبة لنتائج كل من سلم فعالية الذات و معامل تقدير الذات ، إذ نلمس ارتفاعا في مستوى الشعور بفعالية الذات (74° بعد أن كان 83° قبل العلاج) و في مستوى تقدير الذات (51° بعد أن كان 77° قبل العلاج) (و نشير هنا إلى أن الشعور بفعالية الذات و تقدير الذات ، ترتفع مستوياتهما كلما كانت الدرجات المتحصل عليها في الإختبارين الخاصين بقياسهما منخفضة) .

كما أن نتائج إعادة تطبيق اختبار المقاومة بعد تقديم العلاج ، هي الأخرى ، تختلف عن نتائج تطبيقه في المرة الأولى (أي قبل العلاج) . إذ نرى أنه حدث انخفاض في نسبة استعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال ، مقابل ارتفاع في نسبة استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل ، فقل استعمال السيدة (ع) لعاملي الهروب و توبيخ الذات في عملية المقاومة لديها ،في حين ارتفعت نسبة استعمالها لعوامل التقبلات ، البحث عن المساعدة و النمو بشكل ملحوظ كما تشير إليه نتائج الجدول رقم (4) الخاص بنتائج اختبار المقاومة بعد العلاج .

4) مناقشة النتائج :

من خلال نتائج المقابلة و نتائج الإختبارات المطبقة قبل تطبيق النموذج العلاجي المسمى بنموذج "حل المشكل" ، يمكننا أن نلاحظ أن السيدة (ع) تقدر وضعية المرض على أنها "عائق اضطراري يمنعها من إنجاز ما ترغب فيه و أنها مصدر تهديد و أذى بالنسبة إليها" . و قد نتج عن هذه العملية من التقدير المعرفي (cognitive appraisal) نوع خاص من التعامل مع تلك الوضعية التي تشكل مصدر ضغط سيكولوجي بالنسبة إليها ، إذ يظهر ذلك من خلال استعمالها المكثف لإستراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال ، حيث نراها تستخدم بشكل ملحوظ ، أسلوب الهروب والتجنب وتوبيخ الذات ، بينما لا تستخدم إلا بشكل قليل، الإستراتيجيات التي تركز على المشكل ، كأسلوب التقبلات و النمو ، الأمر الذي نتج عنه حسب اعتقادنا وجود مستوى عال من القلق لدى هذه السيدة . والمستويات العالية من القلق ينجر عنها عادة ، نوع من الكف عن الفعل (Inhibition of action) بالإضافة إلى المستوى المنخفض في تقدير الذات و الشعور بعدم فعاليتها . و لو رجعنا إلى ما ورد في المقابلة مع السيدة (ع) للمسنا ذلك من خلال قولها (ما نخدمش ، ما نقدرش نخدم ، خدمتي ما تجنيش كما بكري ، انشوف روحي ماشي كما بكري...) .

أما بعد تطبيق النموذج العلاجي على السيدة (ع) ، و بعد أن تغيرت عملية تقديرها لوضعية المرض ، إذ ركزت أكثر على المشكل ، نراها أصبحت لا تنظر إلى المرض على أنه "مصدر تهديد وأذى، و عائق يمنعها من إنجاز نشاطاتها المعتادة" ، فحاولت أن تجد طريقة أكثر تلاؤما مع ظروف ومعطيات المرض ، انطلاقا من تقبلها أولا لوضعية المرض، ثم من اعتقادها بضرورة التعامل معه بصفة فعلية دون اللجوء إلى أسلوب التفادي أو الهروب .

و بتغيير الطريقة التي كانت السيدة (ع) تقدر بها وضعية المرض تغيرت أيضا استراتيجيات المقاومة التي كانت تستخدمها من قبل ، فأصبحت تعتمد على الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (Problem - focused strategies) في عملية المقاومة أكثر مما تعتمد على الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (Emotion -focused strategies) ، و ذلك باستعمالها لأساليب التقبلات و النمو بدرجة أكبر من استعمالها لأساليب الهروب و التجنب و التفادي ، كما يظهرمن خلال الجدول رقم (4) الخاص باختبار المقاومة بعد تطبيق العلاج على السيدة (ع) . و انخفض مستوى أو معامل القلق لديها عندما تمكنت من الدخول في الفعل (put in action) بتنفيذها للإقتراحات البديلة التي خرجت بها في نهاية البنامج العلاجي المقدم لها . و بالمقابل ازداد شعورها بفعالية ذاتها ، و ارتفع مستوى تقديرها لذاتها .

تستنتج مما سبق أن السيدة (ع) ، عندما تمكنت بعد تلقيها للعلاج من تغيير نظرتها (التقدير المعرفي) لوضعية المرض ، أصبحت لديها فرصا أفضل لتعامل أنسب مع هذه الوضعية ، و هو الشيء الذي مكنها من تغيير أسلوبها في المقاومة ، بعد أن أصبحت هذه الأخيرة موجهة نحو المشكل و حل المشكل ، فانخفض بذلك مستوى القلق الذي كانت تعاني منه و عندها تمكنت من تخفيض حدة الضغط السيكولوجي الذي كانت تسببه لها إصابتها بالسكري ، و هو الأمر الذي لم تتمكن من الوصول إليه عندما كانت تستعمل في عملية المقاومة ضد هذا المرض، الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال بالدرجة الأولى ، بسبب التقدير المعرفي الذي كانت تصدره بشأن وضعية المرض قبل تلقيها للعلاج حينما كانت ترى او تقدر وضعية المرض ،على انها مصدر أذى و تهديد (Harm and threat) بالنسبة إليها .

II) الحالة رقم (2) : السيدة (ف)

1) تقديم الحالة :

الجنس : أنثى .

السن : 38 سنة .

بداية الإصابة بالسكري : منذ 4 أشهر.

متزوجة و لكنها تركت بيت زوجها منذ إصابتها بالسكري و انتقلت لبيت أهلها.

لا تعمل .

2) عرض النتائج :

أ) عرض نتائج المقابلة :

في أول اتصال لنا بالسيدة (ف) ، و عندما كنا بصدد إجراء المقابلة معها ، لاحظنا عليها بعض الإنزعاج في بادئ الأمر ، إذ كانت تتكلم بصوت خافت و بعبارات قصيرة ، كما أنها كانت منشغلة طوال الوقت بتمرير يدها على ذراعها الأيسر ، و كان يبدو عليها و كأنها تتألم منه ، و لكننا عندما سألناها عما اذا كانت تشعر بالألم في ذراعها ، و أنه بامكاننا تأجيل المقابلة إلى موعد آخر ، حتى تتحسن ، أجابتنا بالنفي ، و أصرت على إجراء المقابلة، فشرعنا في إجرائها ، و كان محتوى المقابلة كما يلي :

"يقولو بللي السكر ، يجي كي يفرح الواحد و لا كي يزعف بزاف ، ونا وحدة جاني السكر مالقلق ، كي نسمع الكلام و مانردش . كي مرضت اسمحت في داري وجيت لدارنا.

هو قالي قعدي و نا ما حبيتش ، ما نقدرش نخدم الشغل مالمرض . راني في دارنا خواتاتي راهم يخدمو عليا .

نحس السخانة ، تطلعلي الحمة لراسي ، نحس ركايبيا يرجفوا ، وقلبي . أنا احكمني المرض كي كنت في داري مع ربيبتي هجالة ، هي اتقول الفوق ونا انقول لتحت . و ضرك واش اندير راني متقبلني ، ضرك اخلاص .

السكر بدلي حياتي ، مع الناس ، الهدرة بطلتها ، لو كان انصيب العبد ما نقعدش معاه بزاف ، ما ننجمش نوقف معاهم كي يكونوا يقسروا فالدار ، انحب نقعد وحدي .

مانيش نقدر نخدم ، والو الخدمة . نحس بالفشل و العجز نحس روحي خفيفة ، تعبانة ، فاشلة .

- ما عندي حاجة ، المرض واش فيه ، كي يعرفوا بللي راني مريضة ، يخي يعرفوني كفاه كنت بكري . في دارنا ما يحبوش كي يشوفوني نشتكي و لا راقدة même يقولولي ارقدي وحدك. على خاطر أنا نتقلق في رقادي ، و ثاني ندير القطران كي يطلعلي السكر، الناس قالولي مليح.

أنا ما بديتش نخرج ملي بداني المرض ، ما نحبش نخرج ماني نقدر نخدم والو دارنا يطيبولي . و نحب غير السكات و لا الهدرة اللي ما تقلقش ، ما نحبش لقلق.

أنا انحب انقسر مع وحده مريضة بالمرض انتاعي، بلاك تفهمني و نفهمها .

وضرك أنا ما نحبش نخرج على خاطر نخاف نغم في الطريق ، مريضة واش تحبي ، و ثاني ما نحملش الهدرة ، و الهرشة ، ملي امرضت اداتها غير سكات ، ما ننجمش نقسر و لا نهدر .

راجلي اتبدل شوية ملي مرضت . و لا يتقلق . علابالك الراجل ، يحمل المـرا الصحيحة ، هو ولا يتقلق مني ، يقولي دايمن كي ندخل نلقاك راقدة . و ثـاني مانـاش بيناتنـا كمـا كنـا بكـري ، انقصلي بزاف le plaisir من جهته . و تاني راجلي ولا يزقي بزاف ، يقولي جبتك انشوف فيك و تشوفي فيا ؟ همالة ، أنا تاني زدت كملت وجيت لدارنا و خليتو .

-أنـا الرجيم مـا يقلقنيش ، انتبعو كمـا كـان الحـال ، انقول بـرك نـبرا و خـلاص . و ملي مرضت وليت انقول بلي وليست عـاجزة ، نقولهـا دايمـن ، و نهدرهـا بصراحـة même . و نتقلق بزاف كي انشوف روحي عاجزة و فاشلة ، و ما نقدر انديـر والو . بصح راني متمنية نبرا ، و نرجع كما بكري ، نخدم على روحي . على خاطر لو كان ما شي مرضت بالسكر لـو كـان راني كمـا بكـري . السكر هو اللي طيحني هكذا ، و نظل نهدر مع روحي ، انقول اخلاص ماني قادرة اندير والـو . même لو كان الحب نخرج هكذا باش نريح و ننسا شوية المرض ، مـا نقـدرش ، مانديرهـاش مـا نحملش الهـراج و الهدرة بزاف نتقلق .

حياتي راني انشوفها من جانب المرض ، اتبدل عليا الحال ما كنتش هكذا ، ربع اشهور اتبدلت بيفيه . و ضرك ما تدخلش في راسي بللي راحة نبرا و نولي كما كنت بكـري . و أنـا ماذابيـا ، لـو كـان انصيب نبرا مـن ضرك . بصح ما ضنيتش بللي راحة نبرا و نولي نعيش normal كما كنت بكري. "

ب) عرض نتائج الإختبارات :

بعد إجراء المقابلة مع السيدة (ف) انتقلنا إلى تطبيق مجموعة الإختبارات المستعملة في هذا البحث ، و هي الإختبارات الخاصة بقياس القلق ، الشعور بفعالية الذات ، و بتقدير الذات بالإضافة طبعا إلى اختبار المقاومة . و ذلك في المقابلة الثانية معها ، و قبل بداية العلاج . و سجلت النتائج ، ثم عرضت السيدة (ف) لمراحل النموذج العلاجي المقترح في هذا البحث ، ليعاد عليها من جديد تطبيق نفس الإختبارات السابق ذكرها بعد تقديم العلاج طبعا . و سجلت نتائج تطبيق كل الإختبارات قبل و بعد العلاج ، في الجداول التالية :

*** نتائج تطبيق الإختبارات قبل العلاج :**

الأختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S)	سلم فعالية الذات (S.E.S)	معامل تقدير الذات (I.S.E)
الدرجات	°63	°83	°60

-**جدول رقم** (5) : نتائج تطبيق(I.S.E). (S.E.S). (S.A.S) على السيدة **(ف)** قبل العلاج .
(معامل القلق بالنسبة للسيدة **(ف)** هو (0,78).)

الإجابات / العوامل	نعم	لا
الهروب	15	2
التقبلات	7	6
البحث عن المساعدة	6	7
التحفظات	5	4
توبيخ الذات	6	3
النمو	1	6

-**جدول رقم** (6) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة على السيدة **(ف)** قبل العلاج .

* **نتائج تطبيق الإختبارات بعد العلاج :**

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S)	سلم فعالية الذات (S.E.S)	معامل تقدير الذات (I.S.E)
الدرجات	°33	°73	°52

-**جدول رقم** (7) : نتائج إعادة تطبيق الإختبارات (S.A.S ; S.E.S , I.S.E) على السيدة **(ف)** بعد تلقيها للعلاج . **(**معامل القلق عند السيدة **(ف)** بعد العلاج =(0,41)**)**.

العوامل / الإجابات	نعم	لا
الهروب	2	15
التقبلات	8	5
البحث عن المساعدة	11	3
التحفظات	7	2
توبيخ الذات	3	6
النمو	7	0

-**جدول رقم** (8) : نتائج إعادة تطبيق اختبار المقاومة على السيدة **(ف)** ، بعد تلقيها للعلاج .

3) التعليق على النتائج :

بعد عرض النتائج الخاصة بالوسائل التقنية المطبقة على السيدة (ف) قبل و بعد تطبيق العلاج المسمى "بنموذج حل المشكل" ، ننتقل إلى التعليق على النتائج حسبما جاء في الجداول ، و ذلك بالإستناد إلى محاولة الربط و المقارنة بين نتائج مختلف الإختبارات المطبقة ، و بين ما جاء في مقابلتنا مع السيدة (ف) . و سنبدأ بالتعليق على نتائج المقابلة لننتهي بالتعليق على نتائج الإختبارات قبل و بعد تطبيق العلاج.

أ) التعليق على نتائج المقابلة :

نستنتج مما جاء في المقابلة التي أجريناها مع السيدة (ف) ، أن إصابتها بالسكري ، تشكل فعلا مصدر ضغط سيكولوجي بالنسبة لها . و تتجلى مظاهر ذلك الضغط في عدة مستويات، أبرزها ترك السيدة (ف) لبيت زوجها مباشرة بعد إصابتها بالمرض ، إعتقادا منها بأنها أصبحت غير قادرة على تحمل أعباء مسؤوليتها كزوجة أو كربة بيت ، و لقد أفصحت عن ذلك بقولها : (كي مرضت ، اسمحت في داري وجيت لدارنا . هو قالي قعدي ، ونا ما قدرتش ، ما نقدرش نخدم الشغل مالمرض) .

كما أن السيدة (ف) ترى أن المرض قد غير لها مجرى حياتها ، فأصبحت لا تحتمل الإختلاط بالناس ، حتى المقربين إليها من أفراد أسرتها ، فهي تفضل الصمت على التحدث مع الغير ، (الهدرة بطلتها ، لو كان انصيب العبد ما نقعدش معاه بزاف ، ... انحب نقعد غير وحدي) (ما بديتش نخرج ملي ابداني المرض) .

و المرض أثر أيضا على حياتها الزوجية ، و على علاقتها بزوجها إذ ترى السيدة (ف) ،أنها أصبحت غير قادرة على أن تقوم بدور الزوجة ، و هو الشيء الذي نتج عنه تغير في سلوك زوجها اتجاهها ، فكثرت تعليقاته حول حالتها ، و أصبح يتذمر من شكواها الدائمة من المرض (اتبدل ، و لا يتقلق بزاف ، يقولي دايمن كي ندخل نلقاك راقدة ... يقولي جبتك نشوف فيك ، و تشوفي فيا ؟) .

و بالإضافة إلى هذه الإضطرابات التي أحدثها مرض السكري على حياة السيدة (ف) الإجتماعية و الزوجية ، فإن المرض قد أثر أيضا تأثيرا واضحا على حياتها النفسية ، فأصبحت تنظر إلى نفسها من باب العجز ، و من باب قلة الفعالية (ماني قادرة اندير والو)، و هي لا تستطيع أن تتصور حياتها خارج إطار المرض ، لأنها تعتقد أن العجز الذي تشعر به من جراء إصابتها بمرض السكري ، و الضغط السيكولوجي الذي يسببه لها هذا الشعور بالعجز ، يمنعها بشدة من أن تعود لتمارس حياتها بمختلف جوانبها بشكل عادي (حياتي انشوفها من جانب المرض) . كما نراها تشك في امكانية تجاوزها للصعاب و القيود التي يفرضها عليها المرض ، إذ تقول في هذا الشأن (بصح ما ضنيتش بلي راحة نبرا و نولي نعيش normal كما كنت بكري) .

ب) التعليق على نتائج تطبيق الإختبارات :

* قبل بداية العلاج :

إذا تفحصنا نتائج الإختبارات قبل بداية العلاج ، و قارناها بمحتوى ما جاء في المقابلة ، نرى أنها متطابقة إلى حد بعيد .

فمن خلال النتائج التي تحصلت عليها السيدة (ف) في كل من اختبار القلق (S.A.S) و اختبار فعالية الذات (S.E.S) و اختبار تقدير الذات (I.S.E) ، المدونة في الجدول رقم (5) ، نرى أن هذه السيدة تعاني من مستوى عال من القلق ، حيث بلغ معامل القلق عندها (0,78) أو (63°) بينما تحصلت على (83°) و (60°) في اختباري فعالية الذات (S.E.S)' و تقدير الذات (I.S.E) على التوالي . و هما درجتان تدلان على مستوى منخفض في تقدير الذات و في فعالية الذات أيضا . و كل هذه النتائج تدعمها نتائج المقابلة ، فقد لاحظنا أن السيدة (ف) تعاني من القلق و من مشاكل في تقديرها لذاتها و في شعورها بفعاليتها .

و الأمـــر ذاتـــه يمكـــن قولـــه بالنســـبة لنتـــائج تطبيـــق اختبـــار المقاومـــة، إذ نجـــد تطابقـــا بـــين نتائجـــه و بـــين نتـــائج المقابلـــة ، و كذلـــك بينـــه و بـــين نتـــائج الإختبـــارات الثلاث (S.A.S , S.E.S , I.S.E) ، حيث أن السيدة (ف) تلجأ إلى اسـتعمال الإسـتراتيجيات الـتي تركـز على الإنفعال (كالهروب ، و توبيـخ الـذات) أكـثر ممـا تلجـأ إلى اسـتعمال الإسـتراتيجيات الـتي تركـز علـى المشكل (كالتقبلات ، البحث عـن المسـاعدة ، و النمـو) . و يمكـن الرجـوع إلى النتـائج المسـجلة في الجـدول رقم (6) للإطلاع على ذلك .

* بعد العلاج :

الشيء الملاحظ على نتائج الإختبارات بعد تطبيق مراحل العلاج على السيدة (ف) هو وجود فرق بينها و بين نتائج الإختبارات قبل تقديم العلاج . إذ نرى أن نتائج الإختبارات الثلاثة الخاصة بقياس القلق و مستوى فعالية الذات ، و كذا تقدير الذات بعد تطبيق العلاج على السيدة (ف) ، تشير إلى انخفاض في معامل القلق ، حيث بلغ هذا الأخير (0,41) أو (33°) بعد أن كان قبل تطبيق العلاج (0,78) أو (63°) . كما تشيرالنتائج ايضا إلى ارتفاع في مستوى كل من تقدير الذات و الشعور بفعالية الذات ، يقدر بـ : (52°) و (73°) على التوالي ، بعد أن كان قبل العلاج (60°) بالنسبة لمستوى تقدير الذات ، و (83°) بالنسبة لمستوى الشعور بفعالية الذات . (مع الإشارة إلى أن الدرجات العالية في اختباري (S.E.S) و(I.S.E) الخاصة بقياس مستوى فعالية الذات ، و مستوى تقدير الذات ، تشير إلى المستويات المنخفضة في كل منهما، و العكس صحيح) .

أما عن الإختبار الخاص بالمقاومة ، فيلاحظ من خلال نتائجه هو الآخر بعد تطبيق النموذج العلاجي ، أن هناك فرق بين هذه النتائج و بين النتائج التي تحصلت عليها السيدة (ف) في هذا الإختبار قبل العلاج ، إذ يظهر بشكل واضح لدى السيدة (ف) ، انخفاض في نسبة استعمالها للإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال في عملية المقاومة (كالهروب ، و توبيخ الذات) مقابل ارتفاع في نسبة استعمالها لإستراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل (كالتقبلات ، البحث عن المساعدة و النمو) . و يمكننا أن نلاحظ ذلك الفرق بوضوح ، لو رجعنا إلى النتائج المدونة في الجدولين (8,6) و المقارنة بينهما ، و هما الجدولان الخاصان بنتائج تطبيق اختبار المقاومة ، قبل و بعد تطبيق النموذج العلاجي المسمى " بنموذج حل المشكل" .

4) مناقشة النتائج :

لقد أظهرت نتائج تطبيق الوسائل التقنية على السيدة (ف) قبل تعرضها للعلاج ، وجود انعكاسات واضحة لمرض السكري على حياتها النفسية و الإجتماعية و الزوجية، و التي يمكننا أن نعبر عنها (الإنعكاسات النفسية و الإجتماعية) بمصطلح "ضغط" (Stress) .

كما أظهرت نفس النتائج أيضا ، أن السيدة (ف) في معالجتها لوضعية الضغط المرتبطة بوجود المرض ، استعملت أساليب معينة لمقاومة ذلك الضغط الصادر عن الوضعية قيد المواجهة .

غير أن استعمالها لتلك الأساليب في عملية المقاومة ، لم يمكنها من تجاوز حالة الضغط المشار إليها ، فأثر ذلك على عملية التقدير الذاتي (self-esteem) لديها ، و أشعرها بقلة فعالية ذاتها .

لقد انطلقت السيدة (ف) في عملية انتقائها لأساليب المقاومة ضد الضغط الذي كانت في مواجهة دائمة معه ، بسبب وجودها تحت وضعية المرض ، انطلقت من تقديرها لوضعية المرض ذاتها ، على أنها "عنصر ضرر و أذى (Harm) يهددها باستمرار و يمنعها من تحقيق ذاتها كفرد مسؤول يمارس حياته بشكل عادي " . و منه أتت عملية التقييم (Evaluation) التي أصدرتها السيدة (ف) بشأن إمكانياتها في مقاومة ذلك الخطر الذي يهددها . و بناءا على اعتقاد السيدة (ف) بأنها أصبحت عاجزة ، و أن الوضعية التي هي عليها (وضعية المرض) أقوى منها ، فإننا نجدها تقيم (Evaluate) إمكانياتها في تلك المواجهة مع تلك الوضعية ، على أنها ليست في نفس مستوى هذه المواجهة ، و عندها قررت استعمال أسلوب الهروب و التجنب (Avoidance) كاستراتيجية مقاومة ضد وضعية المرض (علما بأنها تركت بيت زوجها أين تقع مسؤولياته على عاتقها لترحل إلى بيت أهلها ، حيث أخواتها هن اللواتي يقمن بخدمتها).

غير أننا نرى أن استخدامها لإستراتيجية الهروب في عملية المقاومة ، لم يساعدها على تجاوز وضعية الضغط ، و لا على تخفيف حدة القلق و التوتر النفسي الذي تشعر به .

و لكـن ، بعـد تعـرض السـيدة (ف) للعـلاج ، نراهـا تـتراجع إلى حـد كبـير عـن اسـتعمال الإسـتراتيجيات الخاصـة بتجنـب وضعيـة الضغـط ، و تبتعـد عـن أسـلوب الهـروب في مواجهتهـا ، لتعوضهـا باسـتراتيجيات تركـز أكثر على المشـكل . و قـد تم ذلـك بعـد أن زال اعتقـاد السـيدة (ف) بـأن إمكانياتهـا في مقاومـة وضعيـة الضغـط ، لا تقـل أهميـة أو فعاليـة عـن إمكانيـات غيرهـا مـا دامـت تـرى بـأن وضعيـة المرض وجـه مـن أوجـه الحيـاة العاديـة ، و أنهـا لا تشـكل بالنسبة إليهـا مصـدر تهديـد و خطر ، بقـدر مـا تشـكل فرصة من فـرص تحقيـق الـذات .

كمـا أدركـت السـيدة (ف) أن الإحسـاس بـالعجز الـذي كـانت تشـعر بـه أمـام وضعيـة الضغـط ، لم يكـن ناجمـا عـن تقصـير في قدرتهـا علـى المقاومـة ، و إنمـا هـو راجـع إلى أن انتقائهـا للإسـتراتيجيات الـتي استعملتها في عمليـة المقاومـة لم يكـن متماشيا مـع تلـك الوضعيـة مـن الضغـط ومـع معطياتهـا ، و عندهـا ارتفـع مسـتوى شـعورها بفعاليـة ذاتهـا ، و ارتفـع معـه مسـتوى التقديـر الذاتـي لديهـا . (و يمكـن مراجعـة الجـداول (5 ،6، 7، 8) و النتـائج المدونـة فيهـا للتـأكد مـن ذلـك) .

III) الحالة رقم (3) : الآنسة (م) :

1) تقديم الحالة :

الجنس : أنثى .

السن : 28 سنة.

بداية الإصابة : منذ 9 سنوات.

غير متزوجة .

تعمل سكرتيرة في شركة وطنية.

2) عرض النتائج :

أ) عرض نتائج المقابلة :

قبل شروعنا في إجراء المقابلة مع الآنسة (ح) ، و قصد استكمال البيانات الخاصة بها ، سألناها إن كانت متزوجة ، فردت بنوع من السخرية و التذمر قائلة : (و علاه اللي عندهم السكر يتزوجوا؟ ..) و سكتت برهة من الزمن ، و هزت رأسها ، ثم أبدت لنا استعدادا لإجراء المقابلة ، و أكدت لنا اهتمامها بالأمر ، قائلة لنا بأنها في حاجة ماسة لمن يسمعها و يتفهمها ، و أنها لطالما تمنت أن تكون وجها لوجه أمام مختص نفساني ، لأنها في حاجة كما قالت إلى التحدث عن مرضها و عن معاناتها من الضيق ، والقلق اللذان يسببهما لها هذا المرض .

و بعد دردشة قصيرة معها ، شرعنا في إجراء المقابلة ، فكانت إجابات الآنسة (ح) على أسئلة المقابلة كما يلي :

" يسمى الواحد اللي مريض بالسكر condamné خلاص ، فالدار تصيبي المشاكل ، ما تنحميش تعيشي بيه normal تحسي روحك قل مالناس ، surtout كي نكون وحدي ، تروحي لكاش بلاس لازم ترفدي معاك الدوا ، تحسي بالنقص ، فالدار malgrès يرفدوني و كلش mais بزاف .

لو كان انصيب الواحد يخليني غير نخدم ، ما نحبش المشاكل، الواحد كي يحس بحاجة ناقصة ، لازم يعوضها بحاجة وحد اخرة .

أنا une fois واحد يقولي حاجة ما شي مليحة ، نتقلق تم تم . فالأول ما كنتش مصدقة بللي مرضت بالسكر mais ضرك ، كي شغل راه متزوج بيا ذاك السكر ، انهار كامل واحنا متعافرين . des fois ، نهدر مع روحي وحدي ، desesperée ، نقول لروحي ما تتزوجيش ماديريش الدراري ، ...

-و نا مادام راني نخدم ، نقولك الصح ما نيش حاسة ، mais ، مرات الحس ، surtout كي نتفاتن مع خاوتي ، انقول ما نبراش ، راحة نبقا عالة على المجتمع . انقول لو كان ما نبراش ، شكون راح يقوم بيا . على خاطر لازم المساعدة ، ما نقدرش انديركلش وحدي ، لازم eviter النار و كلش . و المحيط ثاني لازم يلعب دور ، لازم اللي يكون مريض بالسكر، دارهم ما يقلقوهش ، ما يقولولو انت مريض ما والو .

كاين بزاف الناس اللي يخبوا مرضهم ، و هو ما عندهم سبة اعلاش يخبوه . أنا déjà في الخدمة ما كنتش انبان بللي عندي السكر ، و حتى هوما ما عرفوش بللي عندي السكر ، حتى بعد عام ملي ابديت الخدمة .

صح . انحس روحي غير مقبولة في الوسط انتاعي ، أنا بنفسي انحس بلي ناقصة في المجتمع ما نيش كما الناس كامل .

ما زال انروح عند الأقارب و كلش ، بصح ما نبقاش، دايمن نقرا حسابي علاجال الدوا و كلش . و تاني فالمحيط ، انحس كي شغل شفقة ، ما يعاملونيش كإنسانة عادية .

أنا ما عندي حاجة ، انقسر مع قاع الناس ، الإنسان اللي مليح هذاك هو . أنا كي نهدر على مرضي نتقلق ، نتشوكا كي نهدر عليه ، نهدر بأسى .

اشكون اللي ما يفكرش فالزواج ، بصح للأسف ، ما كانش هاذ الوقت اللي يفهم لأخر، و نا انحب نعيش كما انحب أنا .

مرض السكر ، sure يأثر على الحياة الزوجية ، أنا بنفسي انقول بلي انهار نمرض est ce que نقدر اندير كلش وحدي لما نكون بالحمل ، كيفاش اتكون حالتي .

في الخدمة des fois نكون نخدم ، و انشوف حاجة ما تعجبنيش نحس بلعيا ، و نقولهم نخرج ، نروح des fois نخدم normal و غير يجي واحد و يفكرني ، يقولي علاش ما تشوفيش لروحك تبطلي الخدمة و تتزوجي ، يفكروني ذاك الوقت بمرضي .

اللي يخدموا معاي كاين اللي يتشوكا ، ما يصدقش، كي بحال يعاون فيا هذا ، يحس كما نحس أنا و كاين تاني اللي يستهزاو ، يقولولي أنت مريضة ، في رمضان لازم تاكلي .

أنا غير الخدمة اللي ما نبطلهاش ، على خاطر الخدمة هي اللي منقصة عليا بزاف المشاكل في الدار . surtout كي الواحد ما عندو حتى مستقبل . الخدمة تنسيني بزاف فالمرض ، mais des fois ، يقولولي بطلي و تزوجي ، هنا نتشوكا des fois نبكي .

-انتبع الريجيم ، بصح ما شي بزاف ، الغلا و كلش، ما تقدريش تبعي الريجيم و تاكلي الحوايج اللي ترفدني روحك بيهم .

آ ، مأمنة انتاع الصح ، بللي أنا إنسانة عاجزة ، على خاطر فالدار أي حاجة انتاع danger ما يخلونيش ندنا ليها ، même أنا نخاف نتوشيها ، على خاطر الواحد يبطا باش يبرا.

c'est normal نتقلق ، يقلقني المرض (هنا تضرب بأصابعها على المكتب ، و تسكت للحظات ثم تواصل) surtout كي نسمع الناس يقولوا آه مسكينة .

انحب نعرف اكثر على هذا المرض ، من الجانب المادي ، المعنوي ، الإجتماعي ، كلش . bien sûre ، نتمنى باش نبرا و ندير حاجة مليحة في احياتي."

ب) عرض نتائج الإختبارات :

بعد القيام بالمقابلة العيادية ، و قبل تقديم النموذج العلاجي " نموذج حل المشكل" ، طبقنا على الآنسة (ح) مجموعة الإختبارات المستعملة في هذا البحث و هي اختبارات (المقاومة ، القلق ، الشعور بفعالية الذات ، و تقدير الذات) .

ثم طبقنا بعدها كل خطوات العلاج المقترح في هذا البحث ، ثم عدنا بعدها لتطبيق الإختبارات الأربعة السالف ذكرها من جديد ، و دونا النتائج كلها في الجداول التالية :

*** قبل بداية العلاج :**

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق S.A.S)	سلم فعالية الذات (S.E.S)	معامل تقدير الذات (I.S.E)
الدرجات	°55	°83	°59

-**جدول رقم** (9) : نتائج تطبيق الإختبارات (S.A.S , S.E.S , I.S.E) على الانسة (ح) قبل العلاج . (معامل القلق بالنسبة للأنسة (ح) هو حاصل قسمة درجة القلق عندها على مجموع الدرجات في اختبار S.A.S و هو بذلك = (0,68).).

الإجابات / العوامل	نعم	لا
الهروب	14	3
التقبلات	8	5
البحث عن المساعدة	13	1
التحفظات	6	3
توبيخ الذات	6	3
النمو	5	2

-**جدول رقم** (10) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة على الآنسة (ح) قبل بداية العلاج .

* **بعد تقديم العلاج :**

الإختبارات	**سلم التقرير الذاتي للقلق** (S.A.S)	**سلم فعالية الذات** (S.E.S)	**معامل تقدير الذات** (I.S.E)
الدرجات	°33	°63	°41

-**جدول رقم** (11) : نتائج تطبيق الإختبارات (S.A.S , S.E.S , I.S.E) على الانسة (ح) بعد تلقيها للعلاج . (معامل القلق بالنسبة للأنسة (ح) بعد العلاج هو .(0,41)) .

الإجابات / **العوامل**	**نعم**	**لا**
الهروب	2	15
التقبلات	9	4
البحث عن المساعدة	11	3
التحفظات	8	1
توبيخ الذات	3	6
النمو	7	0

-**جدول رقم** (12) : نتائج إعادة تطبيق اختبار المقاومة على الآنسة (ح) بعد تعربضها للعلاج .

3) التعليق على النتائج :

أ) التعليق على نتائج المقابلة :

من محتوى المقابلة مع الآنسة (ح) ، نستنتج أن هذه الأخيرة ، تعيش وضعية المرض ، كعامل مسبب للإحباط من خلال تذمرها الشديد من هذه الوضعية التي تضعها في حالة ضغط نفسي اجتماعي بصفة مستمرة . و نستطيع أن ندرك ذلك ، إذا ما رجعنا إلى كلماتها المشحونة بالقلق و اليأس (condamné ، راهو متزوج بيا ذك السكر ، انهار كامل و احنا متعافرين، desesprée ، ما تتزوجيش ما ديريش الدراري ...). كما أن شعور الآنسة (ح) بالإحباط و حالة اليأس التي تطبع موقفها من وضعية المرض ، يصاحبها خوف واضح و صريح من المستقبل ، و شك أيضا في احتمال تمكنها من تجاوز حالة الضغط و القلق اللذان تسببهما لها وضعية المرض (انقول مانبراش ، راحة نبقى عالة على المجتمع انقول لو كان ما نبراش اشكون راح يقوم بيا) .

من جانب آخر و دوما في إطار موقف الآنسة (ح) من وضعية المرض ، نلاحظ أنها تقدر فعلا وضعية المرض كوضعية ظاغطة. فهي تنظر إليها على أنها "مشكل معجز ، يعرقلها في الإستمرار في حياتها و بشكل عادي " و هو الأمر الذي يحسسها بالنقص (تحسي روحك قل من الناس ، تحسي بالنقص) و يدعم تقديرها المنخفض لذاتها (أنا بنفسي انحس بللي ناقصة في المجتمع ،مانيش كما الناس).

و بالرغم من تأكيدها على عدم مقدرتها على الإستغناء عن العمل، إلا أننا نعتقد أن الآنسة (ح) ، لا تلجأ إلى العمل إلا لأنها تجد فيه عاملا مؤقتا لتخفيف الضغط السيكولوجي المستمر الذي تشعر به إزاء وضعية المرض . و انطلاقا من هذا ، فإننا نعتقد أنها تستخدم عنصر " العمل " كأسلوب هروب من تلك الوضعية الضاغطة و ليس كحل نهائي و فعال لهذه الوضعية الإشكالية (غير الخدمة اللي ما نبطلهاش ، على خاطر الخدمة هي اللي منقصة عليا المشاكل فالدار.) و هو الشيء الذي منعها حسب اعتقادنا من الشعور بفعالية ذاتها و من إحساسها بقدرتها على تحمل مسؤولياتها الكاملة كشخص راشد بالدرجة

الأولى ، و كربة بيت مستقبلا بالدرجة الثانية (نقول انهار اللي نمرض est ce que نقدر نديـر كلـش وحدي ، لما انكون بالحمل ، كيفاش تكون حالتي .). كما نستنتج أيضا من خلال محتوى المقابلة ، أن الآنسة (ح) قد وجدت مبررا مدعما لتقديرها المنخفض لذاتها و لعدم شعورها بفعالية ذاتها في مواقف المحيطين بها في كل من البيت والعمل ،حيث قالت بأنها لا تجد في أسرتها الوسط المريح الذي يضمن لها التفهم و المساعدة ، خاصة و أنها تعتقد اعتقادا جازما بضرورة و أهمية المساعدة في حالتها ، لأن حالة العجز المستديمة التي ترافقها ، بسبب مرضها ، تتطلب ذلك حسب رأيها (لازم المساعدة ، ما نقدرش انديـر كلش وحدي ، لازم eviter النار و كلش).

كما أن مواقف زملائها في العمل و في المحيط عامة هي مصدر قلق بالنسبة لها ، إذ يشعرونها بالشفقة ، و هو الأمر الذي يذكرها بعجزها ، و بالنقص الذي تشعر به مقارنة بالأصحاء (كاين اللي يستهزاو ، يقولولي ، انت مريضة في رمضان لازم تاكلي) ، (نحس كي شغل شفقة ، ما يعاملونيش كإنسانة عادية ... des fois نخدم normal ، و غير جي واحد يفكرني و يقولي اعلاه ما تشوفيش لروحك، يفكروني ذاك الوقت بمرضي .). و لكونها تشعر بالقلق و الإنزعاج من مواقف المحيطين بها ، نجدها تميل إلى فكرة إخفاء مرضها ، و تفضل عدم التصريح به ، و قد حرصت على اخفاء مرضها مدة من الزمن في وسط عملها ، فاقت السنة (... ما عرفوش بلي عندي السكر حتى بعد عام ملي ابديت الخدمة) .

ب) التعليق على نتائج الإختبارات المطبقة على الآنسة (ح) :

* قبل بداية العلاج :

بالنظر إلى النتائج المسجلة في الجدولين (9) و (10) المتعلقة بالإختبارات التي طبقت على الآنسة (ح) قبل تطبيق العلاج عليها ، يتضح لنا أن كل المعطيات التي حملتها المقابلة ، تجد تأكيدا لها في تلك النتائج . فحالة القلق و الضغط التي عبرت عنها الآنسة (ح) في المقابلة ، و قلة شعورها بفعالية ذاتها ، والمستوى المنخفض الذي تقدر به ذاتها ، أشارت إليها النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق اختبارات ، التقرير الذاتي للقلق (S.A.S) (حيث بلغ معامل القلق لديها (0,68) أو (55°) ، و سلم فعالية الذات (S.E.S) الذي كانت نتيجته (83°) ، و معامل تقدير الذات الذي بلغت درجته (59°)) .

كما أن نتائج تطبيق اختبار المقاومة ، دلت هي الأخرى على أن الآنسة (ح) تستعمل و بصفة كلية كل العوامل أو الأساليب في عملية المقاومة ، و بشكل مكثف عاملي الهروب و البحث عن المساعدة ، وهو الأمر الذي يتفق مع ما ورد في نتائج المقابلة .

* بعد العلاج :

بعد تطبيق التقنية العلاجية المسماة " بنموذج حل المشكل" على الآنسة (ح) ، و بعد إعادة تطبيق الإختبارات الأربعة التي طبقت قبل ذلك ، تحصلت الآنسة (ح) على نتائج مغايرة لنتائج التطبيق الأولي لتلك الإختبارات . إذ تشير العلامات المحصل عليها بعد العلاج (و المدونة في الجدولين 12 , 11)إلى انخفاض في معامل القلق ليصل إلى (0,41) بعد أن كان قبل العلاج (0,68) ، و ارتفاع في مستوى تقدير الذات ، و في مستوى الشعور بفعالية الذات ، إذ أصبحت درجة كل منهما بعد العلاج (41° , 63°) على التوالي ، بعد أن كانت درجة كل منهما قبل العلاج (59° , 83°) على التوالي .

كما تشير نتائج إعادة تطبيق الإختبار الخاص بالمقاومة إلى انخفاض ملموس في نسبة استعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (كالهروب ، وتوبيخ الذات) مقابل ارتفاع في نسبة استخدام الإستراتيجيات التي تركز على المشكل، من خلال الإستعمال المكثف لعامل النمو في عملية المقاومة .

4) مناقشة النتائج :

تدل نتائج الإختبارات التي طبقت على الآنسة (ح) قبل الدخول في تطبيق المراحل العلاجية لنموذج حل المشكل ، على وجود شعور بالإحباط و اليأس يسود موقفها من وضعية المرض ، ويصاحب ذلك الشعور بالإحباط ، حالة من الخوف و القلق بشأن مستقبلها و ذلك بسبب وضعية العجز المستمرة التي تتعلق بوجودها تحت وضعية ضغط نفسي اجتماعي تمارسه عليها إصابتها بالسكري .

و قد تولد الإحساس بالعجز لدى الآنسة (ح) بفعل شعورها بالنقص ، و بفعل اعتقادها الجازم بعدم قدرتها على تجاوز عامل الضغط أيضا . إذ تنظر إلى وضعية المرض من باب تقديرها (Apppraisal) لها بأنها "عائق اضطراري يمنعها من إنجاز ما ترغب فيه" .

و حتى تتفادى مشاعر الإحباط ، و تقلل من حدتها بعض الشيء ، فإنها تتجنب الصدام المباشر مع ذلك العائق ، و تبتعد عن مواجهته ، و تفضل استخدام أسلوب يتطلب احتكاكا أقل مع المشكل المطروح، و هو أسلوب الهروب ، توبيخ الذات و طلب المساعدة بشكل ملح و مبالغ فيه (لكونها تقدر وضعية المرض على أنها وضعية تفرض وجود مساعدة مستمرة من طرف الآخرين نظرا لطبيعة المرض)، مع الإشارة إلى أن نتائج الآنسة (ح) فيما يخص عامل طلب المساعدة ، تدل على أن عملية المقاومة لديها تقوم بشكل كبير على هذا العامل أو هذه الإستراتيجية ، حيث نرى أن مصدر عملية المقاومة لدى الآنسة (ح) هو مصدر اجتماعي بالدرجة الأولى ، يقوم على عامل الدعم الإجتماعي والإنفعالي .

و قد دلت النتائج أيضا على أن الآنسة (ح) تتوقع دعما اجتماعيا و انفعاليا من محيطها ، بحكم اعتقادها بأن وضعية المرض تضعها في حالة عجز مستمرة تشترط مساعدة الآخرين . و لأن استجابة محيطها لم تكن في مستوى توقعاتها ، نجدها تشعر بالإنزعاج و القلق من مواقف ذلك المحيط الغير متفهم ، و هو الأمر الذي يزيد من قلقها .

أما نتائج إعادة تطبيق الإختبارات بعد تعريض الآنسة (ح) لتقنية أو نموذج حل المشكل العلاجية ، فإنها تدل على أن الأساليب المنتقاة من طرفها في عملية المقاومة ضد وضعية المرض أصبحت أكثر تكيفا و أكثر ملائمة مع مستوى الضغط النفسي الإجتماعي الذي تشكله وضعية المرض بالنسبة لها . والدليل على ذلك ، هو انخفاض مستوى ذلك الضغط و تقلص درجة القلق لديها . فأصبحت تعتمد في عملية المقاومة على الاستراتيجيات التي تركز أكثر على المشكل ، بدلا من تلك التي تركز على الإنفعال و انخفضت نسبة استعمالها لأساليب الهروب و البحث عن المساعدة المبالغ فيه ، و توبيخ الذات .

و لعل الإرتفاع المسجل في استعمال عامل التحفظات ، و الإنخفاض المسجل في نسبة استعمال عامل البحث عن المساعدة بعد العلاج مقارنة بنسبة استعمال نفس العاملين قبل تطبيق العلاج ، ربما يعود إلى ادراك الآنسة (ح) لضرورة التقليص من الإعتماد على الغير (الأسرة خاصة) في قضاء حوائجها المعتادة . و هو الأمر الذي أكدته لنا من خلال مقابلتنا معها في أول اتصال لنا بها ، إذ قالت بأنها لا تستطيع أن تتحمل مسؤولياتها الكاملة دون الرجوع إلى أفراد أسرتها و طلب المساعدة منهم ، بحجة أن المرض يمنعها من الإعتماد الكلي على نفسها من جهة ، و إلى إدراكها المحتمل أيضا بأن التحفظ فيما يخص وضعية المرض التي تعيشها كوضعية ظاغطة و ما يصاحبها من شعور بالنقص والعجز ، سيساعدها على تفادي حالة القلق و الإحباط التي تسببها لها مواقف المحيطين بها و مواقفهم النابعة من إحساسهم بالشفقة عليها كما تقول هي).

و نلاحظ من خلال النتائج دوما كيف أن الآنسة (ح) بعد أن تغير تقديرها لوضعية المرض على أنها مصدر خطر و تهديد ، و حل محله تقدير آخر ، يقدر الوضعية المشكل على أنها وضعية تفرض نوعا من الإعتراض و التحدي (challenge) ، أدركت حينها أهمية الشعور بفعالية الذات في التوصل إلى مستوى عال من التقدير الذاتي . و هنا أصبحت الآنسة (ح) تعتمد في عملية المقاومة ضد وضعية الضغط السيكولوجي التي تواجهها ، بعد عملية تلقيها للعلاج ، على مصادر سيكولوجية تتمثل بالدرجة الأولى في مهارات حل المشكل (problem - solving skills) ، و في التقدير الذاتي (self - esteem) ، بدلا من الإعتماد بشكل أولي على مصادر اجتماعية كالدعم الإجتماعي (social support) في عملية المقاومة ضد المرض . كما انها أصبحت تتوجه في عملية المقاومة هذه نحو التركيز على المشكل بصفة أساسية بعدما كانت ترتكز في مقاومتها ضد وضعية المرض على الإنفعال ، قبل تعرضها للعلاج . و لهذا السبب اكتسبت مقاومتها ضد ذلك الضغط السيكولوجي الذي كانت تعاني منه ، طابع الفاعلية ، الشيء الذي أشعرها بفعالية ذاتها ، و مكنها من تقليص مستوى القلق و الضغط .

IV) الحالة رقم (4) : السيد (س) :

1) تقديم الحالة :

الجنس : ذكر.

السن : 43 سنة.

مدة الإصابة : منذ 11 سنة.

متزوج .

موظف .

2) عرض النتائج:

أ) عرض نتائج المقابلة :

تم اتصالنا بالسيد (س) ، و أجرينا معه مقابلة عيادية ، سألناه فيها عن موقفه من مرضه ، و عن مضاعفات هذا المرض ، على مختلف جوانب حياته ، الإجتماعية منها ، و العملية و الزوجية و النفسية ، بغية الحصول على تقارير لفظية نستكمل بها ما سنحصل عليه من نتائج بعد تطبيق الوسائل التقنية الأخرى المتمثلة في الإختبارات، و ذلك قبل الشروع في تطبيق مراحل النموذج العلاجي وبعده .

وسنعرض كل النتائج المتحصل عليها فيما يلي، بدءا بنتائج المقابلة :

"السكر ماشي كما الأمراض لخرين ، ما يوجعش ، mais سامط ، أنا كي مرضت بالسكر ، ما كنتش نحسلو في les 3-4 ans الأولين ، لكن الآن و لا يقلقني بزاف ،السكر يقلقني بزاف ،ويجينيي بزاف تانيك

me gène au niveau finance , il faut tout le temps un regime , les medicaments ect..

كنت ما عندي حاجة ، ما كنتش حاسلو ، mais ضرك يجيني شوية صعيب الحال باش نتقبلو ، و اشنو هذي حاجة ربي après tout .

C'est sûre qu'il y a une relation directe entre le stress et le diabéte , c'est impossible de se controler quand il s'agit du diabéte , ça gêne même au niveau social .

على خاطر السكر ، يعجز مولاه ، ماشي كما يكون صحيح.

-أنا ما علاباليش بالناس ، يعرفو و لا ما يعرفوش ، يخي هذي حاجة ربي ، و كاين شي ناس نعرفهم ، يتعاملو معاي على أساس المرض ، و كاين اللي ما يجبدوليش خلاص على المرض .

واحد اللي مريض كيف كيف كما انت هو اللي يفهمك خير من واحد اللي ماشي مريض ، و اشنو أنا ما عندي حاجة ، عندي قاع الناس كيف كيف.

خطرات نتقلق كي نهدر على مرضي قدام الناس لخرين و خطرات لا.

- c'est normal السكر يأثر على حياة الزوجين surtout كي المريض بالسكر ، يكون قريب دايمن تعبان و عيان ، stressé ، و خطرات le conjoint يفهم هذي ، و خطرات ما يفهمش.

-أنا نتقلق بزاف فالخدمة ، surtout pendant ces 4 ans ، و دايمن يجيني مرضي في بالي كي نكون نخدم ، علاه ، على خاطر لازم نخدم كما الناس كامل ، و لكن الله غالب ، اللي عندو السكر بالخف يتقلق ، بلخف يعيا و يفشل ، و ما يقدرش يقوم بالخدمة انتاعو كما لازم ، و هذي هي الحاجة اللي تقلقني اكثر .

و خطرات كي نتقلق ، و اندير المرض في بالي ، نقول لوكان غير الواحد يبطل الخدمة ، بصح من بعد خلاص يروحولي هدوك les idées من بالي ، surtout كي كاين الخدامين اللي معاي يعاونوني شوية.

ننسى خطرات كي نكون نخدم ، mais كي نتقلق نتفكرو بسيف عليا ، والسبب راهو باين انظن ،

، parcque nous les diabetiques , on a pas été préparés و السكر مرض انتاع عمر ,cronique

-الرجيم لازم عليا نديرو si non يطلعي السكر و لا يهبط . و هنا ما نضر غير روجي ، صح هو اصعيب و سامط بزاف mais واش يدير الواحد ، بسيف عليه.

الفشل و العجز اللي يحس بيهم المريض بالسكر frequement يخلوه يظن في روحو دايمن، بللي هو إنسان عاجز ، و أنا نحس روحي إنسان عاجز و ضعيف surtout كي نتفكرو ، و لا نخمم فيه . نزيد نتقلق اكثر ما اللازم, كي نتقلق نحس بروحي ماني قادر اندير والو ، و في كل المجالات ، لساني ينشف ، تطلعلي السخانة لراسي و نفشل ، ما نقدر ندير والو .

c'est normal، لو كان ما كنتش مريض بالسكر ، لو كان راني احسن من هكذا ، واشنو ، حياتك قاع تعيشها مع السكر ، هاو اطلع هاو احبط ، خلي هذاك الفشل و القلق اللي يحس بيهم بنادم . واشنو نتقبلو هو و ما نتقبلش le concer ، au moins السكر كاين دواه و تانيك supportable . و نتمنى باش انكون خير من هكذا انشاء الله. "

ب) عرض نتائج الإختبارات :

بالإضافة إلى المقابلة العيادية ، طبقت على السيد (س) في الحصة الثانية ، مجموعة الوسائل التقنية الأخرى المستعملة في هذا البحث و المتمثلة في اختبارات (القلق ، الشعور بفعالية الذات ، تقدير الذات ، و المقاومة .), وسجلت النتائج في الجدولين (13 و 14) ، وقدم العلاج للسيد (س) وأعيد تعريضه للإختبارات السابقة من جديد، و سجلت النتائج أيضا في الجدولين(15 و16.) , و فيما يلي عرض للجداول بالنتائج المسجلة قبل و بعد تطبيق العلاج على السيد (س):

***قبل بداية العلاج :**

الإختبارات	**سلم التقرير الذاتي للقلق** (S. A. S)	**سلم فعالية الذات** (S. E . S)	**معامل تقدير الذات** (I . S. E)
الدرجات	**°62**	**° 82**	**°69**

-جدول رقم (13) : نتائج تطبيق الإختبارات ((S.A.S), (S.E.S), (I.S.E)) على السيد (س) قبل تعريضه للعلاج . (معامل القلق لدى السيد [(س) قبل العلاج نحصل عليه بقسمة درجته في اختبار القلق (S.A.S) على مجموع الدرجات في هذا الاختبار (°80) فيكون معامل القلق بالنسبة للسيدة (س) مساويا لـ : (0,77).).

الإجابات / **العوامل**	**نعم**	**لا**
الـهـروب	13	5
التـقـبلات	5	8
البحث عن المساعدة	7	7
التحفظات	7	2
توبيخ الذات	6	3
النمو	2	5

-جدول رقم (14) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة على السيد (س) قبل تعريضه لمراحل العلاج.

*** نتائج الاختبارات بعد العلاج :**

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات (S. E . S)	معامل تقدير الذات (I . S. E)
الدرجات	° 35	° 70	°45

– جدول رقم (15) : نتائج اعادة تطبيق اختبارات , ((I.S.E) (S.ES), (S.A.S))
على السيد (س) بعد تلقيه للعلاج . معامل القلق بعد العلاج هو (0,43) .

الإجابات / العوامل	نعم	لا
الهروب	2	15
التقبلات	9	4
البحث عن المساعدة	11	3
التحفظات	5	4
توبيخ الذات	3	6
النمو	7	0

– جدول رقم (16) : نتائج اعادة تطبيق اختبار المقاومة
بعد تعريض السيد (س)الى للعلاج .

3) التعليق على النتائج :

أ) التعليق على نتائج المقابلة :

السيد (س) منزعج من وضعية المرض ، بسبب ما تسببه لـه مـن متـاعب منهـا الماليـة و منهـا النفسـية ومنهـا الإجتماعية. فهي بالنسبة إليه وضعية ظاغطة غيرت مجرى حياته ، و خاصة بعدما طالت مدة إصابته بـالمرض ، حتـى أن تقبله هذه الوضعية لم يعد بنفس الحجم الذي كان عليه في السنوات الأولى من إصابته بـالمرض، لأن كميـة الضغـط التي أصبح يشعر بها اتجاه وضعية المرض ، هي مبرر كاف حسب رأي السيد (س) لأن يشعر بالقلق و بالتعب بشـكل شبه دائـم . و ضبـط النفـس و التحكـم في الـذات أمـر مسـتحيل لـدى المصـاب باالسـكري مـن وجهـة نظـره (c'est impossible de se controler) و هو ما يؤثر تأثيرا ملحوظا على مردود عمله ، فيشعره ذلك بنوع مـن الذنب ، كما يفهم من قوله (لازم نخدم كما الناس كامل ، ولكـن ا لله غـالب ، اللـي عنـدو السـكر بلخـف يتقلـق ، بلخف يعيا و يفشل ، و ما يقدرش يقوم بخدمتو كما لازم ، و هذي هي الحاجـة اللـي تقلقـني اكـثر) , و هـذا الأمـر يجعله يفكر أحيانا في ترك العمل ، لكنه سرعان ما يتراجع عن التفيكر في ذلك ، خاصـة عندمـا يشـعر بتـآزر زملائـه ومساعدتهم له.

كما نستنتج من خلال ما جاء في المقابلة مع السيد (س) ، أنه ينظر إلى نفسه من باب عدم الرضا ، فهو يرى نفسه إنسانا عاجزا و ضعيفا ، دائم التوتر و القلق و دائم الإحساس بالتعب (انحس روحي إنسـان ضعيـف ، عـاجز ، ... ما ني قادر اندير والو.) . و انطلاقا من هذا فإنه يرى أن إصابته بمرض السكري تمنعه من أن يمارس حياتـه بشـكل عادي ، و أن يحقق ذاته في عمله إذ يقول (حياتك قاع تعيشها مع السـكر ، هـاو اطلـع ، هـاو احبـط ، خلـي هـذاك الفشل اللي يحس بيهم ابنادم.) .

و يعتقد السيد (س) أن السبب في عدم تقبله لوضعية المرض و انزعاجه منها ، يرجـع إلى كـون المصـابين بـه لم يتلقوا التحضير و التوعية الكافيين الخاصين بتقبل مرضهم ، و بكيفية التعامل معه ، على أساس أنـه مـرض مزمـن ، يطلب و بصفة ملحة أسلوبا خاصا من التعامل . و مع هذا فإنـه يـرى في مـرض السـكري ، أقـل خطـورة مـن مـرض السرطان ، فلمرض السكري على الأقل علاج ، و علاج يمكن تحمله (supportable) كما يقول السيد (س) .

و هذه المقارنة التي يعقدها السيد (س) بين مرضه و بين السرطان تسمح له بتقبل مرضه بعض الشيء ، وتساعده من حين لآخر على تفادي التفكير المستمر فيه.

ب) التعليق على نتائج الإختبارات :

*قبل تطبيف العلاج:

تشير النتائج المدونة في الجدولين (13 و 14) و هي الخاصة بتطبيق الإختبارات على السيد (س) قبل العلاج ، إلى أن هذا الأخير يعاني من مستوى عال من القلق وصل معامله إلى (0,77) أو (62°) ، مع مستوى منخفض في كل من الشعور بفعالية الذات (82°) و تقدير الذات (69°) , كما تشي هذه النتائج أيضا إلى استعمال مكثف في الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال مقابل استعمال أقل في تلك التي تركز على المشكل ، في عملية المقاومة . إذ نرى أن السيد (س) يستخدم بكثرة عوامل الهروب و توبيخ الذات و التحفظات.

*بعد العلاج:

بالرجوع إلى النتائج المسجلة في الجدولين (15 و 16) ، نلاحظ أن درجة القلق لدى السيد (س) قد انخفضت بعد تعرضه للعلاج المتمثل في تقنية "حل المشكل" . فبعد أن كان معامل القلق لديه يساوي (0,77) أو (62°) قبل تعريضه للعلاج ، أصبح بعد ذلك مساويا لـ (0,43) أو (35°) , بالمقابل ، فإن الدرجات التي تحصل عليها في الإختبارين الخاصين بقياس الشعور بفعالية الذات ، و تقدير الذات (S.E.S) و (I.S.E) بعد العلاج ، تدل على ارتفاع في مستوى الشعور بفعالية الذات (70°) بعد أن كان (82°) قبل العلاج ، و ارتفاع كذلك في مستوى تقدير الذات (45°) بعد أن كان قبل العلاج (69°) . (علما بأن الدرجات العالية في هذين الإختبارين تدل على مستوى منخفض في الشعور بفعالية الذات و في تقدير الذات ، و العكس صحيح.) .

كما أن نتائج اختبار المقاومة بعد تعريض السيد (س) لمراحل النموذج العلاجي "حل المشكل" ، قد دلت هي الأخرى على أن السيد (س) لم يعد يستعمل بكثرة أساليب الهروب و توبيخ الذات (و هي أساليب تندرج ضمن مجموعة الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال) كما كان يستعملها من قبل ، قبل تعريضه للعلاج . بل أصبح يكثف من استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (كالتقبلات ، و النمو ، و البحث عن المساعدة) .

4) مناقشة النتائج :

من خلال النتائج التي تحصلنا عليها بعد إجراء المقابلة مع السيد (س) ، و من خلال نتائج تطبيق الإختبارات قبل الشروع في تطبيق خطوات "نموذج حل المشكل" العلاجية ، يتبين لنا أن مدى تقبل السيد (س) لوضعية المرض ، لم يكن في المستوى الذي يسمح له بإيجاد أسلوب مقاومة يضمن لـه التوافق السيكولوجي مع المرض ، و ذلك لأن أسلوب المقاومة المعتمد من طرف السيد (س) كان مرتبطا بمجموعة من العوامل التي لا تخلو من العلاقة فيما بينها .

و من بين تلك العوامل و أولها ، عملية التقدير المعرفي (cognetive appraisal) التي أصدرها السيد (س) بشأن وضعية المرض كمنبع للضغط السيكولوجي ، الذي تتجلى مظاهره في عدة مستويات من حياته (ماديا ، نفسيا و احتماعيا).

فوضعية المرض كما يراها أو كما يقدرها السيد (س) ، هي عنصر يستنزف طاقته المالية من خلال ما يتطلبه مرضه من علاج مستمر ، و هي أيضا عامل مولد للشعور بالعجز و بالنقص ، و هو ما يؤثر بشكل مباشر على مردود عمله ، فيجعله يشعر بالقلق و بالذنب لكونه غير قادر على أن يكون في مستوى زملائه الأصحاء في العمل . فتقدير الضغط الناجم عن وضعية المرض من طرف السيد (س) على أنه "مصدر أذى و ضرر "(Harm) بالنسبة له ، ارتبط بوجود فقدان للتقدير الذاتي و الإجتماعي (self and social esteem) ، فصاحب ذلك وجود مستمر للإنفعالات السلبية (negative emotions) كالغضب و القلق و الإستياء(anger , anxiety , resentment) .

كما دلت النتائج أيضا على أن السيد (س) يتميز باتجاه خارجي (external locus) في عملية تقديره لوضعية الضغط ، إذ نراه يسند عجزه عن التوصل إلى حالة التوافق السيكولوجي مع وضعية المرض، إلى عدم وجود توعية خاصة بهذا المرض ، و إلى عدم توفر عامل التحضير بشأن كيفية التعامل معه ، من طرف أشخاص مختصين .

و بما أن هذه الوضعية الضاغطة ، تفوق إمكانيات السيد (س) في نظره ، و أنها بذلك وضعية غير قابلة للتحكم و الظبط ، فإن أسلوبه في مقاومة هذه الوضعية ، اعتمد بشكل كبير على الهروب من مواجهتها ، و على تفادي الصدام معها . و نتيجة لعدم التطابق بين أسلوب المقاومة المستعمل من طرف السيد (س) و بين عناصر الوضعية مصدر الضغط ، لم يتوصل السيد (س) إلى فك عناصر ذلك الضغط السيكولوجي و التخفيف من حدته.

و لكننا نرى أن حدة ذلك الضغط الذي تشكله الإصابة بالسكري بالنسبة للسيد (س) قد تقلصت ، وانخفض مستوى القلق لديه بعد تعرضه للعلاج . فبعد أن أصبح يتصور وضعية المرض ، وضعية قابلة للتحكم ، و أنه بإمكانه التعامل معها عن طريق المواجهة الفعلية ، و ليس عن طريق أسلوب الهروب ، تغير بذلك تقييمه (evaluation)لإمكانياته في عملية المقاومة ضد الضغط الناتج عن وضعية المرض ، و أصبح يعتمد على استراتيجيات أكثر فعالية في ذلك، باستخدامه لعوامل (التقبلات ، البحث عن المساعدة و النمو) و بشكل أكثر من السابق.

و بتقديره للمرض على أنها وضعية اعتراض و تحدي (challenge) تتطلب توفر طرق و أساليب نوعية (specific)لمعالجة تلك الوضعية ، و أن مثل هذه الطرق من الممكن جدا أن تكون ضمن امكانياته في عملية المقاومة ضد تلك الوضعية، زاد شعوره بفعالية ذاته ، و ارتفع مستوى تقديره لذاته, و قد نتج عن ذلك وجود انفعالات إيجابية (positive emotions) كانفعالات الشعور بالرضا (pleasurable emotions) التي طغت على الإنفعالات السلبية من مشاعر الغضب و الإستياء (anger and resentment) .

V) الحالة رقم (5) : الآنسة (ر)

1) تقديم الحالة :

الجنس : أنثى,

مدة الإصابة بالسكري : منذ 16 سنة,

غير متزوجة ,

لا تعمل.

2) عرض النتائج :

كانت الآنسة (ر) تبدو هادئة بعض الشيء أثناء إجراء المقابلة معها ، مع أنها ظهرت في بداية دردشتنا معها قبل البدئ في طرح أسئلة المقابلة ، منزعجة بعض الشيء ، و حينما سألناها عن سبب ذلك ، أومأت لنا برأسها ، محاولة إفهامنا بأنه لا شيء هنالك . (ربما لأنها لم تتعود على هذه الوضعية من الفحص النفسي) . و عندها تدخلنا -كما هو الحال في كل المقابلات التي اجريناها - لتقديم بعض التوضيحات الخاصة بنوعية العلاقة التي ستجمعنا بها مدة محددة من الزمن ، والهدف من وراء تأسيس مثل هذه العلاقة . و بعد أن لمسنا عليها شعورا بالإرتياح و التقبل لهذه الوضعية الجديدة عليها ، قمنا بإجراء المقابلة ، و بعدها (و في لقاء ثان معها) طبقنا عليها الاختبارات الأربعة التي تخص التقرير الذاتي للقلق (S.A.S) ، سلم فعالية الذات (S.E.S) ، معامل تقدير الذات (I.S.E) ، و اختبار المقاومة (W.C.C) , و ذلك قبل تطبيق النموذج العلاجي "حل المشكل" و بعده ، فتحصلنا على النتائج المدونة في الجداول التي سنعرضها بعد أن نعرض محتوى المقابلة مع الآنسة (ر) .

أ) عرض نتائج المقابلة :

"واش نقولك ، مرض كما لخرين ، بصح هو شوية صعيب بزاف ، أنا نتقلق بزاف فالدار ، surtout كي محبووسة غير فالدار ، يقلقني بزاف السكر ، خطرات مانحبش نخرج ، و خطرات دارنا ما يخلونيش نخرج .نتقلق مالمرض ، نخمم فيه بزاف ، نخمم كفاه بداني المرض و كفاه وليت و كامل . خطرات مانامنش بلي مرضت بالسكر ، بلي راني مريضة ، كي نولي وحدي يضيق خاطري.

انحسو بلي معجزني ، و عيانة ، بدلي احياتي ، كما كنت خير ، نحس روحي كلي وحدي.

انحب نخدم ، على خاطر كي نخدم خير ، كي ما نخدمش يضيق خاطري.

-أنا ماراحلي كي يعرفوا مرضي ، لالا ، المرض اعطاه ربي.

فالدار والفامليليا قاع يحبوني ، ونا نخرج لعراس ، وانا اللي نخدم كلش ، أنا اللي قايمة بالدار.

أنا ما عندي حاجة ، ماشي شرط انقسر غير مع اللي مراض كما أنا ، انقسر مع قاع الناس ، ما عنديش هذيك الفكرة .

-ماناش طامعين فالزواج ، الواحد كي عندو هذا المرض ، اشكون اللي يقبل ، même إذا هو اقبل أنا ما نقبلش ، انحس بلي مانيش قادرة نتزوج ،même إذا هو قبل دارهم ما يقبلوش.

-خطرات انقول لنفسي بلي وليت عاجزة ، خطرات نكون مليحة ، و خطرات نكره روحي . نتقلق كي نخمم فيه ، و لا كي نهدر عليه ، الخدمة نخدم ، بصح التوسويس عندي ، نخمم بزاف على مرضي . و حطرات ننسى كامل المرض كي ينصحوني.

خطرات انقول بلي وليت عاجزة ، و ماني قادرة اندير والو ، و خطرات لالة ، نكون مليحة ، و نخدم كلش.

حياتي راني نشوفها شوية ، مليحة و ماشي مليحة . أنا جيني الحياة صعيبة على حال المرض . خطرات نولي مزعفة ، حزينة ، انحب نقعد وحدي ، لو كان انصيب واحد ما يهدرش معاي ، و خطرات لالا . نولي مليحة ، كي نكونوا في الدار كامل قاعدين مقسرين.

c'est normal، نتمنى باش نبرا ، و نولي كما الناس كامل إن شاء الله ."

ب) عرض نتائج الإختبارات :

في الحصة الثانية ، طبقت الإختبارات الواردة ، في هذا البحث على الآنسة (ر) قبل تلقيهـا لمراحـل العـلاج ، ثم أعيد تطبيق نفس الإختبارات عليها بعد العلاج ، و سجلت كل النتائج القبلية و البعدية في الجداول الآتـي عرضها.

*** قبل تقديم العلاج :**

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات (S. E . S)	معامل تقدير الذات (I . S. E)
الدرجات	° 58	° 83	° 71

- جـــدول رقـــم (17) : نتـــائج تطبيـــق , ((I.S.E) (S.ES), (S.A.S)
على الأنسة (ر) قبل تقديم للعلاج . معامل القلق لدى الأنسة (ر) هو (0,72) .

الإجابات / العوامل	نعم	لا
الـــهـــروب	17	0
التـقـبلات	7	6
البحث عن المساعدة	7	7
التحفظات	3	6
توبيخ الذات	6	3
النمو	1	6

- جـــدول رقـــم (18) : نتـــائج تطبيـــق اختبـــار المقاومـــة (W..C.C)
على الأنسة (ر) قبل تلقيها للعلاج .

* **بعد تقديم العلاج :**

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات (S. E . S)	معامل تقدير الذات (I . S. E)
الدرجات	° 33	° 73	° 54

- **جـدول رقـم** (19) : نتـائج اعـادة تطبيـق اختبـارات (القلـق (S.A.S)، الشـعور بفعاليـة الذات (S.E.S) ، و معـامل تقدير الـذات (I.S.E) على الأنسـة (ر) بعـد تلقيهـا للعـلاج .
معامل القلق بعد العلاج هو (0,41) .)

العوامل / الإجابات	نعم	لا
الـهـروب	5	12
التـقـبلات	10	3
البحث عن المساعدة	11	3
التحفظات	7	2
توبيخ الذات	3	6
النمو	7	0

- **جـدول رقـم** (20) : نتـائج اعـادة تطبيـق اختبـار المقاومـة ,(W.C.C) على الأنسة (ر) بعد تلقيها للعلاج.

3) التعليق على النتائج

أ) التعليق على نتائج المقابلة :

من خلال ما ورد في المقابلة ، نلاحظ أن الآنسة (ر) ، قد أعطت لظاهرة القلق القسط الأوفر في عباراتها ، إذ تكرر حديثها عن القلق الذي تشعر به اتجاه وضعية المرض، في العديد من العبارات التي بينت فيها كيف أن إصابتها بمرض السكري تشكل بالنسبة لها مصدر ضغط سيكولوجي, إذ تقول (نتقلق منو ، نخمم فيه بزاف ، نخمم كفاه بداني المرض ، بدلي حياتي ، ... خطرات نكره روحي ، خطرات نولي مزعفة حزينة ، نحب نفعد وحدي .)

كما أننا نرى أن الإحساس بشدة هذا الضغط السيكولوجي لدى الآنسة (ر) ، يزداد حينما تكون بمفردها (كي نولي وحدي يضيق خاطري)، (خطرات نكون مليحة كي نكونوا كامل في الدار ، قاعدين مقسرين) .

أما من حيث تقبلها لوضعية المرض، فأننا نعتقد أن ما ورد في المقابلة مع الآنسة (ر) ،لا يكشف لنا إلى حد كبير عن مدى تقبلها أو رفضها لوضعية المرض ، رغم أنها قالت في إحدى العبارات أنها أحيانا لا تصدق أنها مصابة بالسكري (خطرات ما نامنش بلي مرضت بالسكر) , و يمكن أن يكون ذلك مؤشرا لعدم تقبلها لوضعية المرض ، ولهذا سنرجئ الحديث عن عامل تقبل المرض إلى أن نصل إلى التعليق على نتائج الإختبار المخصص لذلك الغرض وهو اختبار المقاومة الذي يحتوي على عامل خاص بالتقبلات.

و عن تأثير مرض السكري على الحياة الإجتماعية ، فإن إجابات الآنسة (ر) عن الأسئلة المتعلقة بالكشف عن ذلك ، لا تشير إلى وجود تأثير على هذا الجانب من حياتها ،فهي لا تمانع في الإختلاط بالآخرين ، أو في حضور المناسبات الإجتماعية ، بل نجدها تحبذ ذلك ، و تراه يساعدها على الإبتعاد عن التفكير في مرضها أو في وضعيتها التي هي عليها . كما نجدها أيضا تفضل العمل باستمرار، لأنها كما تقول (نحب نخدم ، على خاطر كي نخدم خير ، كي مانخدمش يضيق خاطري) . غير أن العمل المستمر لم يمنعها من التفكير نهائيا في المرض ، فحتى و إن كانت منهمكة في العمل ، فإن ذهنها منشغل بأمر مرضها (الخدمة نخدم ، بصح التوسويس عندي ، نخمم بزاف على مرضي).

فهي حتى و إن كانت المسؤولة الوحيدة عن قضاء شؤون المنزل داخل أسرتها كما ذكرت لنا ، و هي التي تقوم بجميع الأعمال المنزلية ، إلا أننا نراها تصف نفسها بعدم القدرة على تحمل مسؤوليات الزواج حينما سألناها عن موقفها من الزواج في حالتها هذه ، و عما إذا كان لمرض السكري تأثير على ذلك حسب رأيها, (انحس بلي مانيش قادرة باش نتزوج),

ب) التعليق على نتائج الإختبارات :

*قبل العلاج :

إذا رجعنا إلى النتائج المسجلة في الجدولين (17 و 18) الخاصين بنتائج تطبيق اختبارات (القلق ، فعالية الذات ، تقدير الذات ، و اختبار المقاومة) قبل تطبيق العلاج على الآنسة (ر) ، نجدها تعاني فعلا من مستوى عال من القلق بمعدل معامل قدره (0,77) أو (58°) ، و هو ما يتطابق مع ما ورد في محتوى المقابلة . كما نجد لديها انخفاض في مستوى تقديرها لذاتها (71°) ، و في شعورها بفعالية ذاتها (83°) ، و هما أيضا نتيجتان تتطابقان مع ما جاء في المقابلة ، و تؤكدانه بشكل كبير.

أما اختبار المقاومة ، فتدل نتائجه على أن الآنسة (ر) تستعمل بنسبة أكثر الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (الهروب ، توبيخ الذات و التحفظات) و يمكن الرجوع إلى الجدولين (17 و 18) للإطلاع على هذه النتائج.

*بعد العلاج :

بعد تطبيق النموذج العلاجي المسمى " بنموذج حل المشكل (problem-solving model) "على الآنسة (ر) ، لوحظ انخفاض في درجة القلق لديها (33°) بمعامل قدره (0,41) بعد أن كانت قبل العلاج (58°) بمعامل قدره (0,72) . كما ارتفع أيضا مستوى الشعور بفعالية الذات لديها ، إذ بلغ (73°) . [للإشارة فإن اختباري الشعور بفعالية الذات ، و تقدير الذات ، إذا ارتفعت الدرجات المتحصل عليها فيهما ، فإن ذلك يدل على انخفاض في مستوى كل منهما ، و العكس صحيح.) .

أما اختبار المقاومة ، فإن نتائجه دلت على أن الآنسة (ر) أصبحت بعد تلقيها لتقنية حل المشكل العلاجية ، تقلل من استعمال الاستراتيجيات التي تركز على الإنفعال في عملية مقاومتها ضد وضعية الضغط النفسي ، و بدرجة خاصة ، عاملي الهروب و توبيخ الذات . و تكثر بالمقابل من استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل كعوامل النمو ، التقبلات و البحث عن المساعدة (الجدول رقم (20).) .

4) مناقشة النتائج :

تشير نتائج تطبيق الإختبارات على الآنسة (ر) ، قبل تعريضها للعلاج ، إلى أنها تعيش وضعية المرض ، كوضعية ضغط ، ينعكس على جوانب حياتها ، و يهدد توازنها النفسي و يشعرها بالقلق المستمر ، و بانفعالات الحزن و الإستياء . و لهذا نجدها لا تتقبل بشكل كبير هذه الوضعية ، إن لم نقل أنها لا تتقبلها على الإطلاق.

و يعود عدم تقبلها لوضعية المرض، إلى طريقة تقديرها لهذه الوضعية "كعامل ضرر يهدد حياتها و يفقدها شعورها بفعالية ذاتها و كذا تقديرها الذاتي و الإجتماعي" ، حتى أنها تعتقد بأنها ليست مقبولة احتماعيا ، و أنها سترفض كزوجة ، لكونها مصابة بالسكري ، و لهذا نراها تأخذ موقفا من فكرة الزواج و تمتنع عنه , و نعتقد أن إحساسها بعدم القدرة على تحمل مثل هذه المسؤولية ليس نابعا من كونها تحس بالعجز في أداء دورها كزوجة و ربة بيت (مادامت قد ذكرت بأنها تتحمل لوحدها كل مسؤولية البيت في أسرتها) . و إنما هو نابع من توقعها بأنها سترفض كزوجة مادامت مصابة بالسكري ، أو أن مرضها سيحول دونها و دون الزواج في حد ذاته . فتقديرها المنخفض لذاتها على أساس أنها ليست في مستوى أن يكون لها الحق في الزواج ، و أنها ليست كباقي الفتيات بحكم مرضها ، هو السبب في اعتقادنا في شعورها بالعجز عن القيام بدور الزوجة.

و إذ نراها تقدر وضعية المرض كعامل خطر يهددها ، و يجبرها على مقاومته ، فهي تستعمل في عملية المقاومة هذه ، نمطا من الإستراتيجيات التي تبدو لنا في الظاهر استراتيجيات تركز على المشكل و ترمي إلى حله ، فتركز كثيرا على عنصر "العمل" و النشاط المستمر . إلا أن لجوئها إلى العمل في حقيقة الأمر لا يعبر عن طريقة تكيفية فعالة مع وضعية المرض بالنسبة إليها ، لأنه لم يعدل من مستوى الضغط السيكولوجي الذي تشعر به إزاء وضعية المرض و لم يمنعها من الشعور بقلة فعالية ذاتها و لم يساعدها أيضا على تجاوز إحساسها بالنقص أو عدم

الإبتعاد عن عنصر التوبيخ لديها . فلجوءها إلى العمل كاستراتيجية للمقاومة يحمل طابع الهروب و التجنب (avoidance)أكثر مما يحمل تعبيرا عن تحقيق الذات (self-actualization) . و لكن استعمال نفس الأسلوب في عملية المقاومة (العمل بهدف تحقيق الذات) من طرف الآنسة (ر) بعد تعريضها للتقنية العلاجية الخاصة "بنموذج حل المشكل" ، أدى إلى ارتفاع

في مستوى الشعور بفعالية الذات وفي تقدير الذات , كما أن الإنفعالات السلبية (negative emotions) و على رأسها القلق (anxiety) انخفض بشكل كبير.

و لم يحدث ذلك إلا بعد أن تمكنت الآنسة (ر) من تغيير طريقة تقديرها لوضعية المرض ، من النظر إليها كعامل تهديد و خطر (threat) إلى النظر إليها كعامل تحدي (challenge) ضد الضغط الذي تمارسه عليها تلك الوضعية من المرض ، و كوضعية يمكن التحكم فيها , و بالتالي يجب عليها أن تحسن انتقاء (selction) الأساليب والإستراتيجيات التي يفترض أن تكون في مستوى ذلك التحدي (challenge) ,

و بعد عملية تقييم (evaluation) الإمكانيات المتوفرة لديها لمقاومة وضعية الضغط ، أدركت الآنسة (ر) بأن التعامل مع هذه "الوضعية المشكل (problem-situation) "و معالجتها ،يتطلب التركيز عليها والإحاطة بجميع عناصرها ، حتى تكون عملية انتقاء البدائل (alternatives) لمعالجتها تتماشى مع متطلبات تلك الوضعية ، و تمكنها في الأخير من التغلب (mastery) على عامل الضغط السيكولوجي الذي تفرضه عليها تلك الوضعية ، و هو الشيء الذي يخفف من انفعالات القلق ومشاعر الخوف ، و يرفع من مستوى انفعالات الرضا ومشاعر الارتياح (pleasurable emotions) وقد استعملت الآنسة (ر) في عملية المقاومة ضد وضعية المرض مصادر سيكولوجية ، كالتقدير الذاتي (self-esteem) و مهارات حل المشكل (problem-solving skills) و أخرى احتماعية ، كالإعتماد على عامل الدعم الإحتماعي المقدم من طرف محيطها و هو الشيء الذي شجعها على استعمال أسلوب البحث عن المساعدة كاستراتيجية فعالة في عملية المقاومة ضد المرض ، بهدف الوصول إلى التوافق السيكولوجي مع وضعية المرض.

الحالة رقم (6) : الآنسة (م) :

1) تقديم الحالة :

الجنس : أنثى,

السن : 28 سنة,

بداية الإصابة بالسكري : منذ 10 سنوات,

غير متزوجة ,

لا تعمل ,

2) عرض النتائج :

في أول اتصال لنا بالآنسة (م) ، لمسنا عليها شعورا بالإرتياح و ترحيبا بفكرة إجراء المقابلة معها ، فهي كما قالت لنا تؤمن بتأثير الدعم النفسي في مثل حالتها ، و هي تعتقد أيضا أن تلقيها لعلاج نفسي بالموازاة مع العلاج الطبي أمر مهم ، و في غاية الأهمية كما قالت ، لأنها و أمثالها من المصابين بالسكري ، يعانون كما قالت من مشاكل نفسية عديدة بسبب وضعية المرض التي يعيشونها . و لكنها تتأسف لعدم وجود مختص نفساني في العيادة التي تجري بها فحوصاتها الطبية بخصوص مرضها ، ليقدم لها الدعم النفسي الذي تتطلع إليه.

و بعد أن أبدينا لها استعدادنا و محاولتنا لتقديم مثل هذا الدعم ، شرعنا في إجراء المقابلة ، قبل أن نطبق عليها مجموعة الإختبارات المتوفرة في هذا البحث ، و ذلك قبل الشروع في تنفيذ خطوات أو مراحل البرنامج العلاجي .

و فيما يلي ، عرض لمحتوى المقابلة ، يليه عرض لنتائج الإختبارات قبل تقديم العلاج ثم عرض لنتائجها بعد تقديمه.

أ) عرض نتائج المقابلة :

"واش نقولك ، مول السكر ماشي كما الناس لخرين ، toujours en disequilibre ، عيـان ، مريـض ، مقلق ، ما يقدرش يعيش normal كما الناس كامل.

أنا انحس بزاف بالقلق مالمرض انتاعي ، je prefere être cardiaque que diabetique علـى خـاطر مرض السكر tres complique الواحد يكون مريض بالسكر برك ، حتى يولي في حوايج وحدخرين ، الكـلاوي ، العينين ، القلب ، par contre ، مرض القلب راهو باين ، دايمن هوهو ، مرض القلب و خلاص .

ça me gène , il me rend tres nerveuse , je suis tout le temps malade stressée، و من انهار عرفت المرض تبدلت حياتي ، رجعت انسانة اخرى كامل ، عاجزة ، مريضة كل وقـت ، نتقلـق علـى حـال la moindre des choses ، يديرلي بزاف le stress أنا انموت من هذاك le stress ، مقلقـني بـزاف ، deja على جال هذا الشي ، اللي يطلعي السكر و لا يحبط ضربة وحدة . 5 g - 0,4g hop .

ça me gene au niveau social, il y a une grande différence entre un sujet normal et un sujet diabétique.

-انهار نروح انبات عند كاش ناس ، نحشم بزاف ، كل وقت نخرج c'est pour ça que ما نحبش نخرج ، و مانحبش انبات عند الناس des fois . كاين ناس يحسسوني بلي راني مريضة و مانيش كما هومـا ، و هـذا الحاجـة اتقلقني ، و كاين وحدخرين لالا يتعاملو معايا normal .

انحب نعرف الناس اللي عندهم السكر ، بصح ماذا بي ما يكونوش مقلقين كما أنـا ، au moins بـاش يقدر ينسى الواحد شوية و يتكالما .

كي سقسوني الناس على مرضي ، مـا نحبش نحكيلهم بـزاف على خـاطر كـل مـا نحكي عليـه ، نتقلـق ، و تـانيك نغيضهـم ، و انـا مـا نحبـش كـي انشـوف هذيـك الشـفقة في عينيهـم ، انحـس روحـي بلـي رانـي ناقصـة انتاع الصح.

-اشكون اللي ما يفكرش في الزواج ، mais ما شكيتش بلي un diabetique يقدر يخمم في الزواج كما الناس لخرين.

c'est sûre queالسكر يأثر على الحياة انتاع المريض بيه ، يأثر حتى على علاقته مع le conjoint انتاعه على خاطر يعيا يعيا يساعفو ، و يجي انهار اللي يكره منو ، encore même انهار يجيبوا الدراري ،est ce que راحين يخرجوا حتى هوما des diabetiques و لا لا . و هذي حاجة ما نطيقهاش ، c'est pour ça ، اللي دايمن كي نخمم في الزواج انخمم على ولادي كيفاش راحين يكونوا ، و تانيك على حياتي مع راجلي كيفاش راحة تكون

-الريجيم نستحملو لو كان كاين ماكلة انتاع ريجيم في بلادنا ماعليهش ، mais في بلادنا كاين غير la salade، هذا واش كاين comme regime pour diabetiques ,

راني انشوف في روحي ناقصة ، عاجزة ، مانقدر اندير والو وحدي ، عايشة هكداك برك ، الصحة ماكانش و كيف كيف l'avenir ما كانش ، c'est normal ، لو كان ماشي مرض السكر ، لوكان راني لاباس عليا ، كما الناس كامل ، بلاك لوكان راني متزوجة ، بداري و اولادي و كلش, mais الله غالب ، واش يقدر يدير العبد ، هذا اللي اعطا ربي.

انهار ما نقدرش اندير حاجة ، دايمن نرد سبتها لمرض السكر ، وصح ، على خاطر لوكان ماشي المرض ، ماتصراش هذيك الحاجة . و نهار نعرف بلي هذي حاجة فوق يدي نريح شوية . و تاني كما قتلك ، نحب انقسر مع الناس اللي مراض بالسكر ، بصح ما شي لمقلقين منهم . على خاطر يزيدو لي القلق على القلق انتاعي هكذاك.

bien sûre ما نقدرش انشوف حياتي بلا مرض السكر ، على خاطر هذا المرض دايمن معايا ، مادام هو معايا نبقى دايمن كيف كيف ، مقلقة ، مريضة tout simplement . و شكون ما يحبش يبرا mais الله غالب ، c'est la verite,"

ب) عرض نتائج الإختبارات :

قبل تقديم العلاج للآنسة (م) ، طبقت عليها مجموعة من الإختبارات لقياس القلق ، الشعور بفعالية الذات، تقدير الذات و المقاومة . و سجلت النتائج في الجدولين (21 و 22) ، ثم أعيد تطبيق نفس الإختبارات بعد انتهاء مراحل العلاج و بعد مرور أربعة أسابيع على موعد انتهائها و جمعت النتائج في الجدولين (23 و 24 .) .

*** قبل تقديم العلاج :**

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات (S. E . S)	معامل تقدير الذات (I . S. E)
الدرجات	° 65	° 82	° 71

– **جدول رقم** (21) : نتائج تطبيق اختبارات القلق، الشعور بفعالية الذات ، و تقدير الذات ، قبل تقديم العلاج للأنسة (م). (معامل القلق لدى الأنسة (م) قبل العلاج هو (0,81) .

الإجابات / العوامل	نعم	لا
الهروب	16	1
التقبلات	5	8
البحث عن المساعدة	8	6
التحفظات	3	6
توبيخ الذات	7	2
النمو	1	6

– **جدول رقم** (22) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة (W.C.C) على الانسة (م) قبل تقديم للعلاج .

* **بعد تقديم العلاج :**

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات (S. E . S)	معامل تقدير الذات (I . S. E)
الدرجات	° 36	° 63	° 51

– **جـدول رقـم** (23) : نتـائج اعـادة تطبيـق اختبـارات القلـق ,(S.A.S)، الشـعور بفعاليـة الذات (S.ES)، و تقدير الذات (I.S.E) على الانسة (م) بعدتقديم للعلاج .(معامل القلـق لدى الأنسة (م) بعد العلاج هو (0,45) .

العوامل / الإجابات	نعم	لا
الـهـروب	3	14
التـقـبلات	9	4
البحث عن المساعدة	10	4
التحفظات	5	4
توبيخ الذات	3	6
النمو	7	0

– **جدول رقم** (24) : نتائج اعادة تطبيق اختبار المقاومة على الأنسة (م) بعد تلقيها للعلاج .

3) التعليق على النتائج :

أ) التعليق على نتائج المقابلة :

بالنظر إلى محتوى المقابلة مع الآنسة (م) ، نلمس استيائها من وضعية المرض ، و نكتشف مدى انزعاجها منها لكونها تمارس عليها ضغطا نفسيا و احتماعيا معتبرا ، عبرت عنه الآنسة (م) في العديد من المرات ، بطرق مختلفة . فمرض السكري بالنسبة لها وضعية أفقدتها توازنها ، إذ نجدها تصف المصاب بمرض السكري بأنه شخص ينقصه التوازن ، و هو في حالة مستمرة من عدم التوازن ، إذ تقول حينما كانت بصدد الحديث من موقفها من المرض (واش نقولك ، مول السكر ، ماشي كما الناس لخرين (toujours en desequilibre)

و قد بلغ استيائها من مرض السكري إلى حد تفضيلها لأن تكون مصابة بمرض القلب ، على أن تكون مصابة بمرض السكري ، على الرغم من أن خطورة الإضطرابات القلبية لا تقل أهمية عن خطورة مرض السكري ، خاصة إذا تعلق الأمر بالأزمات القلبية الحادة .

و تجد الآنسة (م) مبررا لهذا التفضيل في التعقيدات المحتملة لمرض السكري و التي تكون بعض الأجهزة عرضة لها ، كجهاز الرؤية ، القلب ، و الكلى ، فتقول لنا je prefere être cardiaque que diabetique ، على خاطر مرض السكر très compliqué ، الواحد يكون مريض بالسكر برك ، حتى يولي في حوايج وحدخرين ، الكلاوي ، العينين ، القلب ، par contre ، مرض القلب راهو باين ، دايمن هو هو ، مرض القلب وخلاص.

من جهة أخرى ، فإن الآنسة (م) تشكو من مظاهر عديدة للقلق و الضغط الناتجين عن إصابتها بالسكري . و يتجلى ذلك من خلال حديثها المستمر عن شعورها بالقلق (يديرلي بزاف le stress أنا انموت من هذاك le stress مقلقني بزاف) فأثر ذلك على نمط حياتها و أشعرها بالعجز و بالغضب و الإنفعال لأقل سبب فهي كما تقول (رجعت انسانة اخرى كامل ، عاجزة ، مريضة كل وقت ،نتقلق على جال la moindre des choses) و هذا هو الفرق بينها و بين غيرها من الأشخاص الغير مصابين بالسكري في نظرها.

فهي تعاني من صعوبة في ممارسة نشاطاتها الإجتماعية ، كما تنزعج لمواقف الآخرين التي تكتسي طابع الشفقة ، لأن هذا الأمر يشعرها بوجود فرق حقيقي بينها و بينهم (كاين ناس يحسسوني بلي راني ناقصة و ماشي كما هوما ، و هذا الحاجة تقلقني.)

كما أن حديث الآنسة (م) عن مرضها من دواعي القلق عندها ، فهي تفضل ألا تتحدث عنه ، خاصة إذا ما لمست إحساسا بالشفقة عليها من طرف الآخرين (ما نحبش كي نشوف هذيك الشفقة في عينيهم ، نحس روحي بلي راني ناقصة انتاع الصح.).

و يظهر لنا من خلال ما ورد في المقابلة أن الآنسة (م) تشكو من قلة شعورها بفعالية ذاتها ، و في تقديرها لذاتها أيضا. و امتد احساسها بعدم قدرتها على ممارسة مسؤولياتها المعتادة ، ليشمل نظرتها إلى الزواج . فهي ترى نفسها عاجزة عن القيام بمسؤوليات الزواج ، و هو الشيء الذي سيقود في نظرها إلى نشأة عدم انسجام عاطفي بينها و بين زوجها . كما ينتابها الخوف أيضا من احتمال إنجابها لأطفال مرضى بالسكري نتيجة انتقال المرض منها ألى أطفالها بالوراثة ، و هو الشيء الذي لا تطيق احتماله كما قالت هي (و هذي حاجة ما نطيقهاش).

بالإضافة إلى ذلك ، فإن الآنسة (م) تتخذ من المرض حجة و ذريعة لتفسير و تبرير كل فشل أو تقصير يصدر عنها ، كما أن هذه العملية من الإسناد (attribution) التي تقوم بها الآنسة (م) تشعرها بالإرتياح بعض الشيء وتعيد لها بعض توازنها النفسي و الإنفعالي ، بالرغم من أنها ترى أن التوصل إلى حالة نهائية من التوازن و التوافق السيكولوجيين أمر صعب تحقيقه في حالة الإصابة بالسكري ، ما دام المرض نفسه مدعاة لوجود حالة عدم التوازن حسب اعتقادها ، إذ تقول (ما نقدرش انشوف حياتي بلا مرض السكر ، على خاطر هذا المرض دايمن معاي ، و مادام هو معاي نبقى دايمن كيف كيف ، مقلقة ، مريضة **tout simplement**)

ب) التعليق على نتائج الإختبارات :

*قبل تقديم العلاج :

تشير نتائج الجدولين (21 و 22) ، المتعلقة بتطبيق اختبارات القلق ، الشعور بفعالية الذات ، تقدير الذات والمقاومة قبل العلاج ، إلى أن الآنسة (م) تعاني فعلا من مستوى منخفض لكل من الشعور بفعالية الذات ، و تقدير الذات ، إذ تحصلت على (82°) و (71°) على التوالي ، و هما درجتان تدلان على مستوى منخفض.

و تنطبق هذه النتائج على ما ورد من معطيات في المقابلة مع الآنسة (م) ، إذ اتضح من خلال المقابلة معها أنها تعاني من مستوى منخفض في الشعور بفعالية الذات ، و في تقديرها لذاتها.

إلى جانب هذا ، فإن نتائج اختبار القلق تؤكد فعلا على أنها تعاني من درجة عالية من القلق ، و هو ما عبرت عنه في العديد من المرات في محتوى المقابلة.

كما أن نتائج اختبار المقاومة ، دلت هي الأخرى على أن الآنسة (م) تركز في عملية المقاومة ضد وضعية المرض على الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (الهروب ، التحفظات ، و توبيخ الذات) بصفة خاصة ، في حين لا نراها تستعمل بشكل كبير الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (كالتقبلات ، و النمو.) .

*بعد تقديم العلاج :

بعد تطبيق النموذج العلاجي المسمى "بنموذج حل المشكل" ، و إعادة تطبيق الإختبارات الخاصة بالقلق و الشعور بفعالية الذات ، و تقدير الذات ، و كذلك اختبار المقاومة على الآنسة (م) ، نلاحظ انخفاضا في مستوى درجة القلق (36°) و ارتفاعا في مستوى كل من الشعور بفعالية الذات (63°) و في تقدير الذات (51°) كما هو واضح في (الجدول رقم (23))، وهو الأمر الذي يشير إلى وجود فرق واضح بين هذه النتائج و بين نتائج تطبيق نفس الإختبارات قبل تقديم العلاج (الجدول رقم (21)) حيث كانت درجة القلق مساوية لـ (65°) ، و مستوى كل من الشعور بفعالية الذات و تقدير الذات على التوالي : (82°) و (71°).

نفس الشيء يمكن قوله بالنسبة لإعادة تطبيق اختبار المقاومة الذي دلت نتائجه على أن الآنسة (م) أصبحت بعد تعرضها للعلاج، تستخدم بشكل أكبر الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (التقبلات ، النمو ، و البحث عن المساعدة) مقابل استخدام أقل لإستراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال (كالهروب ، و توبيخ الذات) كما هو واضح في الجدول (24 .) .

4) مناقشة النتائج :

استنادا إلى ما جمع من نتائج و معطيات من الوسائل التقنية المطبقة على الآنسة (م) ، يمكننا أن نقول أن هذه الأخيرة ، و قبل تعرضها للعلاج المتمثل في نموذج حل المشكل ، كانت ترى وضعية المرض ، و الظروف الصعبة المحيطة بها ، انطلاقا من تقديرها لتلك الوضعية. حيث كانت تقدرها على أنها عبارة عن ضغط نفسي اجتماعي دائم يمنعها من ممارسة حياة عادية كغيرها ، و يضعها في حالة من اللاتوازن المستمر ، بسبب الإحساس بالتوتر و القلق بشكل دائم . و قد انعكست هذه الطريقة من التقدير المعرفي (cognetive appraisal) الذي تصدره الآنسة (م) بشأن وضعية المرض كوضعية ظاغطة ، على نمط تعاملها مع تلك الوضعية ، إذ نراها تحاول أن تخفف من حدة ذلك الضغط بطريقتها الخاصة ، فتستعمل في مقاومتها ضد تلك الوضعية ، استراتيجيات تركز أكثر على الإنفعال (كاستخدامها لأسلوبي الهروب و توبيخ الذات),في حين يقل استعمالها للإستراتيجيات التي تركز على المشكل .

غيرأننا نرى أن استعمال هذا النوع من الإستراتيجيات التي تتمحور حول الإنفعال ، لم يمكن الآنسة (م) من ايجاد طريقة تعامل متلائمة مع معطيات المشكل ، و مع عناصر وضعية الضغط . فمستوى القلق لديها عال و بشكل بارز ، و قد عبرت بوضوح عن ذلك من خلال المقابلة ، حينما تحدثت عن القلق و الضغط ، اللذان يلازمانها ، و يمنعانها من أن تعيش حياتها كالآخرين .

و نظرا لشعورها الدائم بالتوتر ، نجدها تعجز عن الإحساس بفعالية ذاتها ، إذ ترى نفسها عاجزة عن الأداء ، و غير قادرة على أن تمارس حياتها بشكل عادي . و هو أيضا أمر يزيد من درجة قلقها ، و يخفض من مستوى تقديرها لذاتها . و قد لاحظنا ذلك من خلال وصفها لنفسها في المقابلة (راني انشوف في روحي عاجزة ، ناقصة، ما نقدر ندير والو وحدي ، عايشة هكذاك برك .) .

في حين نرى أن مستوى تقدير الآنسة (م) لذاتها ، و مدى إحساسها بفعالية ذاتها ، يرتفع بعد تلقيها لحصص العلاج القائمة على نموذج حل المشكل . و تغيرت طريقة تعاملها مع المرض من خلال تغير الإستراتيجيات التي تستعملها في المقاومة ضد المرض . فبدلا من أن تركز في عملية المقاومة على الإستراتيجيات التي تتمحور حول الإنفعال (كما كانت تفعل قبل تعريضها للعلاج) أصبحت تلجأ أكثر لإستعمال استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل ، بعد العلاج . و ذلك انطلاقا من التغير الذي طرأ على كيفية تقديرها لوضعية المرض .حيث أصبحت بعد تلقيها للعلاج لا تنظر إليها على أنها حالة من اللاتوازن المستمر ، أو على أنها "عائق يمنعها من أن تعيش حياتها كباقي الناس" ، بل على أنها " وجه عادي من أوجه الحياة المختلفة" ، يقتضي التعامل معه نوعا خاصا من المعالجة الفعلية و الواقعية ، التي تشترط التعرف على جميع جوانبه و عناصره , و عندما تغيرت طريقة تقدير(appraisal) الآنسة (م) لوضعية المرض ، تغيرت أيضا طريقة تعاملها معه (و نلاحظ بالرجوع إلى الجدول رقم (24) ، كيف أنها استبدلت الإستعمال المكثف للإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال ، بالإستعمال المكثف للإستراتيجيات التي تركز على المشكل) . و بذلك تمكنت من تخفيض درجة القلق لديها ، و من إيجاد طريقة أكثر توافقا من الناحية السيكولوجية في معالجة الضغط النفسي الإجتماعي الممارس عليها من طرف وضعية المرض.

الحالة رقم (7) : السيد (أ) :

1) تقديم الحالة :

الجنس : ذكر ,

السن : 64 سنة ,

مدة الإصابة بالسكري : منذ 17 سنة ,

متزوج ,

يعمل كمقاول خاص ,

2) عرض النتائج :

في مقابلتنا مع السيد (أ) ، لاحظنا عليه شيئا هاما و هو الهدوء الذي كان يسوده ، و هو يجيب على أسئلة المقابلة ، الأمر الذي يميز بينه و بين باقي أفراد العينة في هذا البحث ، فلم نشعر و نحن نجري المقابلة معه ، بانزعاجه أو بمظاهر القلق لديه ، حينما كان يتكلم عن مرضه ، بل كان يتحدث عنه بكل هدوء.

و لقد اكتشفنا من خلال ما دار بيننا في المقابلة مع السيد (أ) أنه لا يعيش وضعية المرض كوضعية ضغط نفسي اجتماعي ، و عندما طبقنا عليه الإختبارات الخاصة بالكشف عن مظاهر ذلك الضغط ، وجدنا أن نتائجها تدل فعلا على أن السيد (أ) لا يعاني من الضغط السيكولوجي ، نتيجة إصابته بالسكري . بل إنه زيادة على ذلك يتعامل مع وضعية المرض بطريقة تكيفية ، تحقق له التوافق السيكولوجي مع المرض. و لهذا السبب لم نعرضه للعلاج المتمثل في "نموذج حل المشكل" الذي يهدف أساسا إلى توفير إمكانية التوافق السيكولوجي مع المرض.

و فيما يلي عرض لمحتوى المقابلة ، ثم عرض لنتائج تطبيق الإختبارات على السيد (أ) :

أ) عرض نتائج المقابلة :

"مرض السكر يجي من le choc ، أنا واحد خذيتو بـ choc انتاع les impôts ، على خاطر نخدم مقاول و السبة انتاعي اللي مرضت بالسكر ، انهار جاوني les impots بحاجة اللي مـاتدخلش فـالعقل . لـو كـان ماشـي le choc اهذاك بلاك ما نمرضش بالسكر.

أنا ما نتقلقش منو كامل ، ما يقلقنيش خلاص ، ضرك كي مرضت ، عرفت بلي القلق يزيـد فـالمرض انتـاع السكر ، ما نتقلق ماوالو . يخي المرض حاجة ربي ، راني راضي بالشي اللي عطاهلي ربي.

صح حقيقة السكر يبدل حياة الإنسان من جهة الماكلة و الدوا اللي دايمن و كلش ، بصح يقدر المريض يخدم و يعيش normal . واشنو لازم يحاذر على الريجيم انتاعو و تاني على القلق ، لازم ما يتقلقش.

-أنـا مـا نخبيـش مرضـي ، عـلاه انخبيـه ، يعرفـوا النـاس و لا مـا يعرفـوش كيـف كيـف . يخـي أنـا اللـي راني مريض.

المهم عندي ، أنا انكون مليح و خلاص . بزاف الناس اللي مـراض بالسـكر ، و عايشـين مـع النـاس لخريـن normal، عندهم حبابهم ، و عندهم خدمتهم و ديارهم و كلش .

شوفي ، ضرك كل واحد طبيب نفسو ، و كل مريض بالسكر طبيب نفسو تانيك ، ويعـرف بلـي الزعـاف يزيدلـو ، alors عـلاه يزعـف روحـو ، و يزيـد المـرض لعمـرو . عـلا هــذاك تصيــني أنــا مــا نقلقــش روحــي ، و même كي يقلقوني ، بلخف نسيي نهدن روحي.

أنا عندي الناس قاع كيـف كيـف . و نعـرف بـزاف النـاس اللـي مـراض بالسـكر و اللـي ماشـي مـراض . و ما نتقلقش كي نهدر على مرضي قدام الناس لخرين.

-أنا متزوج و عندي الدراري و كلش ، normal واشـنو ساعة على ساعة الواحـد يحس روحـو عيـان و تعبان c'est normal مرض السكر هذا هو ، يأثر شويه على الحياة انتاع الزوجين , و في هـذا الوقـت ماكـانش les couples اللـي راهـم دايمـن متفـاهمين ، صحـاح و لا مـراض . دايمـن كـاين مشـاكل ، خطرة على خطرة.

-المريض بالسكر يلزمو يخدم ، يقدش كما يقولو ، و انا رانـي نخـدم normal كمـا بكـري كمـا اليـوم ، و مازلت قادر نخدم . بالعكس اليوم انحب نخدم اكثر ملي كنت بكري ، على خاطر الخدمة اطيح السكر كي يكـون طالع أكثر ملي ايطيحو الوا . على هذا يلزم المريض بالسكر ، يخدم ، يتعب و ثاني الخدمة تنسـيه ، و بهـا يحـس بلـي مازالو قادر يخدم ، و يقوم بدارو و بعايلتو.

- قتلك ، الرجيم مهم بزاف عند المراض بالسكر ، و اللـي يتبـع الريجيـم و مـا يتقلقـش منـو ، و تبـع الـدوا انتاعو دايمن ايصيب روحو مليح و ما يطيحش comma ، و لا يطلعلو السكر بزاف . و هكـذا يكـون دايمـن قـادر باش يخدم وينشط ,

ما شي دايمن مرض السكر هو السبة في العجز انتاع الإنسان ، حقيقة هو مرض يتعب و كلش بصـح كـاين بـزاف النـاس اللـي عايشـين بيـه normal ، و كـاين نـاس اللـي بـلا مـرض السـكر و تلقـايهم دايمـن مقلقين و تعبانين.

راني انعيش حياتي normal ، كي بكري كي اليوم مانيش دايرلوا كامل احسـابو ، كلـي مـانيش مريـض بالسكر ، علاخاطر ما نبقاش نخمم غير فيه ، و انحب نخدم ، و علا هذاك قليل وين تصبيه طلعلي بـزاف ، غـير انهـار اللي تجيني حاجة فوق طاقتي ، يعني حاجة كبيرة بزاف c'est normal ، تم بسيف يطلع ".

ب) عرض نتائج الإختبارات :

بعد إجراء المقابلة ، طبقت مجموعة الإختبارات المستعملة في هذا البحث و الخاصة بقياس القلق ، الشعور بفعالية الذات ، تقدير الذات ، و المقاومة ، على السيد (أ) فكانت النتائج كما يلي :

*** قبل تقديم العلاج :**

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات (S. E . S)	معامل تقدير الذات (I . S. E)
الدرجات	°28	° 37	° 35

– **جدول رقم** (25) : نتائج تطبيق الاختبارات الخاصة بقياس القلق ، (S.A.S) ، و الشعور بفعالية الذات (S.E.S), و تقدير الذات (I.S.E) على السيد (أ). (معامل القلق لدى السيد (أ) هو (0,35) .

العوامل \ الإجابات	نعم	لا
الهروب	1	16
التقبلات	10	3
البحث عن المساعدة	7	7
التحفظات	5	4
توبيخ الذات	1	8
النمو	7	0

– **جدول رقم** (26) : نتائج تطبيق اختبار ا لمقاومة , (W.C.C) على السيد (أ) .

3) التعليق على النتائج :

أ) (التعليق على نتائج المقابلة :

من خلال ما ورد في المقابلة ، نرى أن السيد (أ) ، لا يرى في إصابته بالسكري ، مانعا له في ممارسة حياته بشكل عادي ، فهو مازال يمارس عمله كمقاول . و وجوده تحت وضعية المرض لم يشعره بالعجز في أداء عمله أو في القيام بمسؤولياته اتجاه نفسه أو أسرته ، و حتى علاقاته الإجتماعية لم تؤثر عليها إصابته بالسكري . و من خلال ما ورد في المقابلة أيضا ، نلاحظ أن السيد (أ) لا يعاني من القلق بفعل إصابته بالسكري (أنا ما نتقلقش منو كامل ، ما يقلقنيش خلاص) لأنه متيقن من أن لعنصر القلق وزنه في التأثير على مسار المرض (عرفت بلي القلق يزيد فالمرض انتاع السكر) .

و هو برغم اعترافه بأن الإصابة بمرض السكري ، تغير مجرى حياة المصاب به ، إلا أنه يعرف جيدا كيف يتكيف نفسيا و اجتماعيا مع ذلك التغير (حقيقة ، السكر ، يبدل حياة الإنسان من جهة الماكلة و الدوا اللي دايمن و كلش ، بصح يقدر المريض يخدم و يعيش normal) .

من جهة أخرى نرى أن السيد (أ) ، يؤكد على فكرة أن التحكم في وضعية المرض و تجاوزها أمر يقع على عاتق المصاب وحده ، إذ يقول (كل واحد مريض بالسكر طبيب نفسو.) .

كما أن مستوى الشعور بفعالية الذات لدى السيد (أ) يبدو مرتفعا من خلال ما ورد في المقابلة معه و كذلك الأمر بالنسبة للتقدير الذاتي لديه (راني نخدم normal ، كي بكري كي اليوم و مازلت قادر نخدم.).

و يصر السيد (أ) على ضرورة العمل كعامل حيوي من عوامل التوافق مع مرض السكري ، لأن العمل في حالة الإصابة بالسكري يساعد طبيا في نظره على تقليص نسبة السكر الزائدة في الدم ، و يساهم في عملية تنظيمه من جهة ، كما يساعد المصاب على تجاوز التفكير المستمر في وضعية المرض و يشعره بفعالية ذاته و يمنحه مستوى عال من التقدير الذاتي من جهة أخرى (على خاطر الخدمة اطيح السكر كي يكون طالع أكثر ملي ايطحيو الدوا ، على هذا المريض بالسكر يلزمو يخدم ، يتعب ، و ثاني الخدمة تنسيه ، و بها اللي يحس بلي مازالو قادر يخدم ، و يقوم بدارو و يعيشهم.) .

و السيد (أ) مدرك تماما لطبيعة المرض (ساعة على ساعة ، الواحد يحس روحو عيان ة تعبان ، c'est normal، مرض السكر هذا هو.) . و مدرك أيضا للإلتزامات التي يفرضها هذا المرض على المصابين به و لأهمية هذه الإلتزامات في مسار المرض (الريجيم ، مهم بزاف عند المراض بالسكر ، و للي يتبع الريجيم و ما يتقلقش منو ، و يتبع الدوا انتاعو دايمن ، ايصيب روحو مليح.) .

. و يعتقد السيد (أ) أن العجز الذي يشعر به بعض المصابين بالسكري ، ليس ناتج بالدرجة الأولى عن المرض ذاته ، و إنما هو راجع إلى أسباب و عوامل أخرى (ماشي دايمن مرض السكر ، هو السبة في العجز انتاع الإنسان ،... كاين بزاف ناس عايشين بيه normal ، و كاين ناس اللي بلا مرض السكر و تلقايهم دايمن مقلقين و تعبانين،) ,

ب) التعليق على نتائج الإختبارات :

تشير نتائج تطبيق الإختبارات الخاصة بالقلق و بالشعور بفالية الذات و تقدير الذات ، و كذا اختبار المقاومة و المدونة في الجدولين (5 2 و 26) الى أن السيد (أ) فعلا لا يعاني من مظاهر القلق (28°) ، كما تشير أيضا إلى أن مستوى الشعور بفعالية الذات و تقدير الذات مرتفع ، إذ قدرت نتائجها على التوالي في الإختبارين الخاصين بقياسهما (37° و 35°) . (علما بأن الدرجات المنخفضة المتحصل عليها بعد تطبيق اختباري سلم فعالية الذات (S.ES)، و معامل تقدير الذات (I.S.E) ، تدل على المستويات العالية في كل من الشعور بفعالية الذات و في تقدير الذات.) .

كما أن اختبار المقاومة هو الآخر، دلت نتائجه على أن السيد (أ) لا يستعمل في عملية المقاومة ضد المرض ، أسلوب الهروب و لا أسلوب التوبيخ الذاتي ، و لكنه يستعمل و بصفة مكثفة ، أسلوب التقبلات و النمو بشكل واضح . (و يمكن الرجوع إلى الجدولين (25 و26) لمراجعة هذه النتائج التي تتطابق بشكل كبير مع محتوى المقابلة.

4) مناقشة النتائج :

من خلال تحليل نتائج المقابلة و النتائج المتوصل إليها إثر تطبيق الإختبارات المتعلقة بقياس القلق ، الشعور بفعاليةالذات ، تقدير الذات واختبار المقاومة ، نستنتج أن السيد (أ) لا يعيش وضعية المرض ، كوضعية ضغط نفسي إجتماعي ، و لا تشكل بالنسبة إليه "عائق يمنعه من القيام بمسؤولياته كفرد" سواء تعلق الأمر بحياته العملية أو النفسية و الإجتماعية.

و يعود ذلك إلى كون التفسيرات التي يعطيها السيد (أ) لوضعية المرض ، تنبع من عملية التقدير (appraisal) التي يصدرها بشأن تلك الوضعية . فهو لا يقدر وضعية المرض "كعامل خطر يهدد توازنه النفسي و الإجتماعي و يمنعه من إنجاز ما يرغب فيه " ، و لكنه يقدرها " كمظهر عادي من مظاهر الحياة المختلفة ، يبعث على التحدي " ، و يتطلب نوعا خاصا من التعامل و المعالجة . و قد ساعده تفهمه لطبيعة المرض على تقبل المرض من جهة و على تقبل انعكاساته على مختلف جوانب حياته من جهة أخرى .

و انطلاقا من تقبله لوضعية المرض ، و استنادا إلى اعتقاده ، بقدرته على التحكم فيها ، يقوم السيد (أ) باستعمال الأساليب التي يراها تتماشى و متطلبات تلك الوضعية في عملية المقاومة ضد المرض.

كما نلاحظ من خلال النتائج أيضا ، أن السيد (أ) يتميز باتجاه داخلي في عملية المراقبة أو التحكم (internal locus of control)التي يقوم بها اتجاه وضعية المرض ، إذ يعتقد بشكل قاطع ، بأن مسار المرض و مسؤولية مراقبته، تقع بشكل أولي على المصاب ذاته و تتوقف على مدى نجاعة الطريقة التي يتعامل بها معه.

و هكذا ، فإن تقييم (evaluation) السيد (أ) لإمكانياته على أنها في مستوى عملية المقاومة ، و تقديره (appraisal)لوضعية المرض على أنها وضعية قابلة للتحكم و المراقبة ، مكناه من الحفاظ على صورة جسدية موجبة (maintain a positive self-image) , الشيء الذي ساعده على ارتفاع مستوى تقديره لذاته ، و على الحفاظ على التوازن الإنفعالي (maintain of emotional equilibrium) في غياب كل من عنصر القلق و

توبيخ الذات و مكناه بالإضافة إلى ذلك من الإستمرار في ممارسة عمله ، انطلاقا من شعوره بفعالية ذاته، و الإستمرار في إقامة علاقاته مع الآخرين.

و كل هذه العناصر ساهمت مساهمة فعالة ، مباشرة و غير مباشرة في تكيف السيد (أ) مـع الوقـائع السـلبية للمرض و في توافقه السيكولوجي مع المرض بصفة عامة .

و في الأخير ، نقول أن حالة السيد (أ) ، يمكن اعتبارها بشكل من الأشكال ، دعما إمبريقيا للنظرية المعرفيـة للضغط و المقاومة لـ (Lazarus) ، التي تلعب فيها عملية التقدير المعرفي دورا مهما في توجيه عمل المقاومة مـن جهـة ، و في معالجة وضعية الضغط السيكولوجي من جهة أخرى .

3) مناقشة عامة لنتائج البحث

صممت هذه الدراسة ، للكشف عن مدى تأثير الإصابة بمرض السكري على الجانب النفسي و الإجتماعي للمصابين به ، و للكشف عن نماذج التقدير المعرفي(cognetive appraisal patterns) الخاصة بوضعية المرض، و عن علاقتها باستعمال استراتيجيات نوعية (specific) في عملية المقاومة ضد الضغط السيكولوجي الذي ينشأ عن تلك الوضعية.

و افترضت هذه الدراسة، أن المصابين بالسكري يعيشون المرض كوضعية ضغط سيكولوجي ، ناتج عن استعمالهم لإستراتيجيات مقاومة لا توافقية ضد المرض . و عليه ، كان من بين أهداف هذه الدراسة، تقديم كفالة نفسية مستمدة من النظرية المعرفية للضغط و المقاومة ، و هذا بتطبيق نموذج علاجي يعرف باسم نموذج حل المشكل (problem-solving model) ، يقوم أساسا على تغيير سلوكات العميل في عملية المقاومة من التركيز على الإنفعال إلى التركيز على المشكل و حل المشكل .

كما افترضت هذه الدراسة أيضا ، أن هذا التعديل الذي سيطرأ على سير أو اتجاه عملية المقاومة لدى المصابين بالسكري (أفراد العينة) ، من شأنه أن يؤدي إلى تعديل في مستوى الضغط النفسي الإجتماعي الناجم عن وضعية المرض ، و يخفض من مستوى القلق ، الشيء الذي يقود بدوره إلى ارتفاع في مستوى الشعور بفعالية الذات و في مستوى تقدير الذات(self-efficacy and self-esteem) .

و قد بينت نتائج هذا البحث أن أفراد العينة ، قبل التكفل بهم نفسيا ، و حضورهم إلى حصص العلاج ، كانوا يعيشون وضعية المرض ، كعامل ضغط يهدد توازنهم النفسي و الإجتماعي ، و يقدرون تلك الوضعية على أنها "عائق اضطراري يشعرهم بالعجز ، و يمنعهم من إنجاز ما يرغبون فيه." (كما أن البعض من أفراد العينة ، و بالإضافة إلى تقدير (appraisal) وضعية المرض ، " كعائق اضطراري يشعرهم بالعجز ، و يمنعهم من إنجاز ما يرغبون فيه " ، يقدرونها أيضا على أنها وضعية تفرض بإلحاح مساعدة لآخرين). و البعض الآخر منهم يقدرها على أنها " حجة مقبولة لتجنب الدخول في الوضعيات

الحرجة أو القيام بالمهمات الصعبة" ، إلى جانب تقديرهم لها " كعائق اضطراري يشعرهم بالعجز و يمنعهم من إنجاز ما يرغبون فيه. "

كما أظهرت نفس النتائج أن المصابين بالسكري ، في عينة البحث ، يستخدمون في عملية المقاومة ، الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (emotion-focused coping strategies) أكثر مما يستخدمون الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (problem-focused coping strategies) . فهم يستعملون في عملية المقاومة ضد المرض، أسلوب الهروب و التجنب (avoidance) بالتركيز على الإعتقاد الرغبي (whishful thinking) كالرغبة في تغيير الوضعية بتمني حدوث معجزة ، و رفض تقبل ما حدث ، و تجنب الحضور بين الآخرين ، و الإبتعاد عن الوضعية مدة من الزمن . كما يستعملون بشكل كبير ، أسلوب توبيخ الذات إلى جانب أسلوب الهروب من مواجهة المشكل .

كما بينت نتائج هذه الدراسة أيضا ، أن استعمال هذا النوع من الإستراتيجيات التي تركز على المشكل في عملية المقاومة، لدى هؤلاء المصابين بالسكري ، يقودهم إلى نوع من الكف عن الفعل

(inhibition of action) وهو الشيء الذي يؤدي بدوره إلى انخفاض في مستوى الشعور بفعالية الذات (self-efficacy) و في مستوى تقدير الذات (self-esteem) ,

كما بينت نفس النتائج، أن استعمال هذه الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال و بصفة خاصة تلك المتعلقة بأسلوب الإعتقاد الرغبي و التجنب و توبيخ الذات (whishful thinking , avoidance and self-blamme)، يرتبط بوجود انفعالات سلبية (negative emotions)كالقلق ، مشاعر الغضب ، مشاعر الخوف ، ومشاعر الإستياء , (anxiety , anger , fear and resentment)

و قد أثبتت هذه النتائج أيضا أن الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال في عملية المقاومة ، و بصفة خاصة تلك التي تقوم على أسلوب الإعتقاد الرغبي (whishful thinking) و التجنب (avoidance)، و توبيخ الذات (self-blamme) ، هي استراتيجيات تنقصها الفعالية في تخفيف حدة الضغط النفسي الإجتماعي الذي تمارسه وضعية المرض ضد المصابين به . كما بينت هذه النتائج كذلك أن استعمال هذا النوع الغير فعال (inefficient) في عملية المقاومة ضد وضعية المرض كعامل ضغط سيكولوجي ، يرتبط بعملية التقدير الثانوي (secondary appraisal) التي يقيم (evaluate) من خلالها أفراد العينة ، إمكانياتهم الخاصة في إيجاد بدائل (alterantives) لمعالجة وضعية الضغط .حيث يعتقد هؤلاء أن إمكانياتهم في إيجاد بدائل للتعامل مع "الوضعية - المشكل" ليست في مستوى مركبات تلك الوضعية.

و اتضح من خلال النتائج أيضا ، أن هذا التقييم السلبي (negative evaluation) الذي يصدره أفراد العينة بشأن إمكانياتهم في تخفيف عامل الضغط ، يرجع إلى الإتجاه الخارجي (external locus) الذي يتميز به هؤلاء في تقييمهم لقدرتهم على التحكم في وضعية الضغط مصدر المواجهة . إذ يرون أن هذه الوضعية من الضغط تفوق قدراتهم و تتجاوز إمكانياتهم في المقاومة ، لأنهم يؤمنون بشكل قاطع ، بفكرة تدخل قوة خارجية أقوى من إرادتهم في عملية التحكم في تلك الوضعية كالحظ (luck) ، النصيب (chance) ، و القدر (fate) ، و لهذا تم انتقائهم لأساليب تتماشى مع تقديرهم لهذه الوضعية ، كوضعية غير قابلة للتحكم و المراقبة .و تمثلت تلك الأساليب المنتقاة في أسلوب الهروب و التجنب و توبيخ الذات.

أما نتائج إعادة تطبيق الإختبارات (بعد تعريض كل أفراد العينة للعلاج المتمثل في تقنية حل المشكل ، ماعدا السيد (أ) الذي لم يكن يحتاج لمثل تلك التقنية العلاجية بسبب عدم معاناته من الضغط السيكولوجي الناتج عن إصابته بالسكري) ، فإنها تشير إلى أن اللجوء إلى استعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (emotion-focused coping strategies) قد تقلص لدى أفراد العينة بشكل ملحوظ .

في حين ارتفعت نسبة استعمالهم للإستراتيجيات التي تركز على المشكل
, (problem-focused coping strategies)

و قد ارتبط هذا التغير في محور اتجاه المقاومة ، نحو الإستراتيجيات التي تركز على المشكل ، بعد أن كان موجها نحو تلك التي تركز على الإنفعال ، بعملية إعادة التقدير (reappraisal) الخاصة بوضعية المرض . إذ لم يعد أفراد العينة يقدرونها كعامل ضرر (harm) أو خطر (threat) يهدد توازنهم النفسي و الإجتماعي و يمنعهم من إنجاز ما يرغبون فيه ، بل أصبحوا يقدرونها كعامل للإعتراض و التحدي (challenge)، و أنها وضعية قابلة للتحكم ، بحيث تغيرت طريقة التقدير لدى أفراد العينة بشأن وضعية المرض من كونها : "عائق اضطراري يمنعهم من إنجاز ما يرغبون فيه " لتصبح في نظرهم "وضعية يجب تقبلها أو التعود عليها (must be accepted or gotten used to) "، و هي كذلك "وضعية يمكن تغييرها (could be changed) . "كما أنها أيضا وضعية تشكل بالنسبة إليهم ضغطا سيكولوجيا هم في حاجة إلى التعرف على كل عوامله أكثر من السابق ، حتى يمكنهم التعامل معه بشكل فعال .

و انطلاقا من هذه الصيغة الجديدة من التقدير المعرفي (cognetive appraisal) لوضعية المرض، أدرك أفراد العينة أن استعمالهم لإستراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال (emotion-focused coping strategies) لا يتلائم مع معطيات طريقة التقدير (appraisal) الجديدة التي أصدروها بشأن وضعية المرض ، خاصة و أنهم أدركوا أيضا قلة فعالية تلك الإستراتيجيات في معالجة الضغط السيكولوجي الذي تشكله وضعية المرض بالنسبة إليهم . فادركوا أن استعمال استراتيجيات تركز أكثر على محور الضغط، و تتعامل مع مختلف جوانبه ، هي أجدى نفعا في عملية المقاومة ضد الضغط ، من تلك التي تتجنب مواجهته . و لهذا تغير اتجاه عمل المقاومة من التركيز على الإنفعال إلى التركيز على المشكل . و قد بينت نتائج هذا البحث بعد تقديم العلاج ، كيف أن استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (problem-focused coping strategies) كاستعمال عاملي النمو و التقبلات . هو أكثر فعالية من استعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال

(emotion-focused copiing strategies)كاستعمال أسلوبي الهروب و التجنب، و أن استعمال استراتيجيات تركز على المشكل يؤدي إلى تجاوز حالة الضغط النفسي الإجتماعي المرتبطة بوضعية المرض ، و إلى التخفيف بشكل واضح من حدة الإنفعالات السلبية (negative emotions) ، التي تنجر عن ذلك كالقلق ، الغضب، الخوف و الإستياء (anxiety , anger , fear and resentment) ,

كما أظهرت النتائج بعد تعريض أفراد العينة إلىالعلاج المتمثل في تقنية "حل المشكل"، و بعد عملية إعادة التقدير (reappraisal) التي أجروها بشأن وضعية المرض ، و تصورهم لها على أنها وضعية قابلة للتحكم، و بأنه في مقدورهم تحدي (chanllenge) تلك الوضعية باستعمال الإمكانيات المتوفرة لديهم في عملية المقاومة ضد هذه الوضعية ، و بعد استعمالهم لإستراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل، أن مستوى شعورهم بفعالية الذات قد ارتفع، و زاد مستوى تقديرهم الذاتي و الإجتماعي (self and social-esteem) ، فانخفض مستوى القلق عندهم بشكل ملحوظ.

و من خلال النتائج أيضا ، يتبين لنا أن تقدير (appraisal) أفراد العينة لوضعية المرض مصدر الضغط السيكولوجي الذي يعانون منه ، على أنها وضعية قابلة للتحكم ، و أنه باستطاعتهم الإعتماد على إمكانياتهم الخاصة في عملية المقاومة (اتجاه داخلي في عملية التحكم) (internal locus of control) لتخفيض ضرر أو تهديد الشروط المحيطة بالمرض (الإنعكاسات التي يخلفها المرض على جوانب حياتهم) ، مكنهم من الحفاظ على التوازن الإنفعالي (maintain emotional equilibrium) ، و من الحفاظ على صورة جسدية موجبة (maitain a positive self-image) ، مما سيساعدهم على الإستمرار في إقامة علاقاتهم مع الآخرين ، و التكيف مع الوقائع السلبية للمرض.

و قد أشار كل من (Cohen and Lazarus, 1979) إلى هذه الفكرة حول دور التقديرات الخاصة بعملية المراقبة أو التحكم (control appraisals) في تخفيض الشعور بالخطر الناجم عن وضعية المرض ، و في زيادة فرص الشفاء و تعزيزها (enhance prospects of recovery) .

و عليه ، نستنتج أن الكيفية التي يدرك بها الفرد وضعية المرض ، أو التقدير المعرفي للضغط (stressful cognetive appraisal) الذي ينشأ عن وضعية المرض ، و الطريقة التي يتعامل بها مع تلك الوضعية ، أو استراتيجيات المقاومة (coping strategies) ، هما متغيران (variables) لهما أهميتهما في التنبو بمدى التوافق السيكولوجي (psychological adjustement) مع المرض.

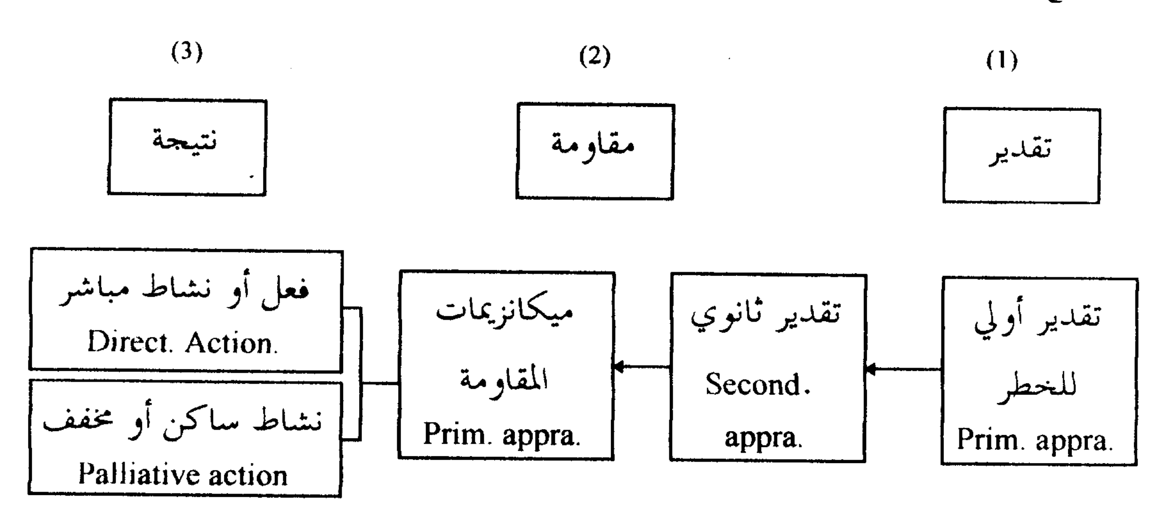
كما نستنتج أيضا أهمية الدور الذي تلعبه عملية التقدير المعرفي الخاصة بالضغط السيكولوجي (stressful appraisal) في سير عملية المقاومة ضد المرض لدى أفراد العينة ، و هو الشيء الذي يدعم فكرة " المقاومة كسلوك يحتل موقعا مركزيا في عملية التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن بصفة عامة (Cohen and Lazarus,1979)و مرض السكري بصفة خاصة " (Moos , 1982) ,

و نستنتج أن هناك علاقة بين طريقة التقدير الأولي (primary appraisal) و بين طريقة التقدير الثانوي (secondary appraisal) التي يصدرها الشخص، في تصوره لوضعية المرض و مدى قدرته على التحكم فيها ، خلال عملية المقاومة . و قد تحدث كل من الباحثان (Lazarus and Folkman, 1984) عن دور هذه العلاقة التفاعلية في تخفيض حدة الضغط و تعديل شدة و مضمون ردود الأفعال الإنفعالية.

كما نستنتج أيضا أن استعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (emotion-focused strategies)في عملية المقاومة ،كاستراتيجيات الهروب أو التجنب (avoidance) هو أقل فعالية من استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (problem-focused strategies)كاستراتيجيات النمو ((growth) ، في تخفيض الضغط السيكولوجي الذي ينشأ عن الإصابة بالسكري . و أن استعمال النوع الأول من الإستراتيجيات يقود إلى "الكف عن الفعل" (inhibition of action) مما يؤدي إلى وجود الإنفعالات السلبية (negative emotions) كالغضب و القلق و الخوف ، و إلى مستوى منخفض في الشعور بفعالية الذات و إلى تقدير منخفض للذات أيضا . بينما يحث استعمال النوع الأخير من الإستراتيجيات (التي

ترتكز على المشكل على " الدخول في الفعل" (put in action)، مما يؤدي إلى بروز الإنفعالات الإيجابية (pleasurable emotions) ، كالشعور بالرضا و الإرتياح ، و إلى مستوى مرتفع في تقدير الذات ، و في الشعور بفعالية الذات.

و يمكننا في هذا الشأن أن نسترجع النموذج المعرفي الذي قدمه (lazarus) للضغط و المقاومة (الشكل رقم (1)) ، حتى تتبين لنا أهمية كل من عنصري التقدير (appraisal) و المقاومة (coping) في التعامل مع عنصر الضغط (stress) .



-شكل رقم (1)-

مخطط تمثيلي للنموذج المعرفي للضغط لـ (Lazarus) (F. Bakal , 1979, p:89)

و يقول (Lazarus) (in Bakal , 1979) عن تقدير الضغط " أنه ليس عبارة عن إدراك بسيط (simple perception) لعناصر الوضعية ، و لكنه عبارة عن حكم (judjment) ، استدلال ، تكون فيه المعطيات مشابهة لمجموعة الأفكار و التوقعات. ".

حسب هذا النموذج إذن ، لا يكون إدراك الأفراد لنفس المثير حتما بنفس الطريقة أو بنفس الشكل ، إذ من المحتمل أن يدرك بعض الأفراد مثيرا ما على أنه خطر يهددهم ، في حين لا يمثل نفس المثير بالنسبة لأفراد آخرين مصدر خطر أو تهديد. و إذا حدث و أن أدرك الفرد المثير ، و قدره على أنه مصدر خطر أو تهديد (تقدير أولي) (primary appraisal) ، فإنه سيدخل بعد ذلك في مرحلة التقدير الثانوي (secondary appraisal) و عندها، تنشط ميكانيزمات المقاومة(coping mechanisms)لتحديد طبيعة الإستجابة النهائية مع ذلك المثير.

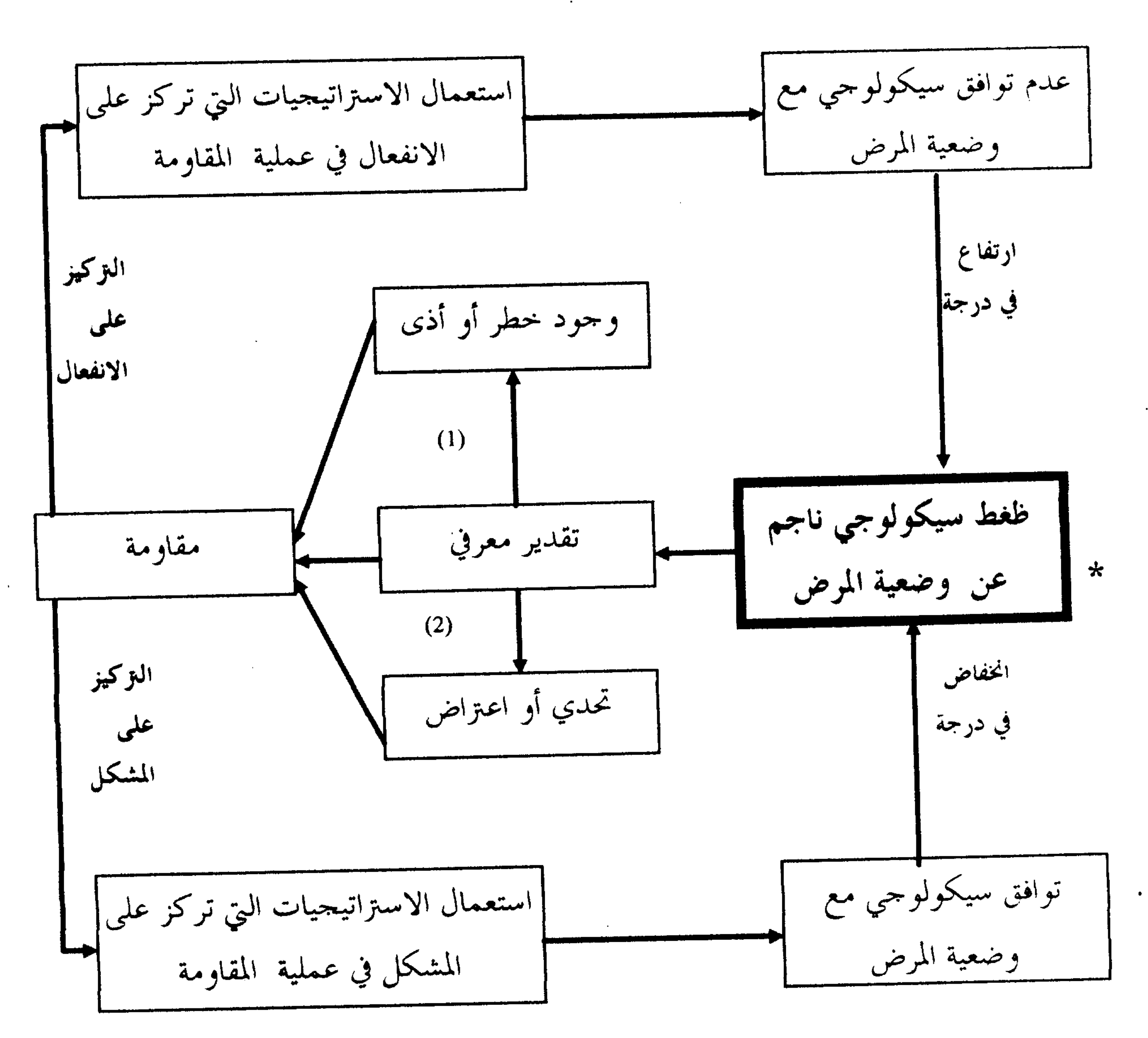
و يكمن الفرق بين التقدير الأولي و التقدير الثانوي ، في أن مهمة الاول هي تقييم (evaluation) الوضعية ، في حين يكمن دور الثاني ، أي التقدير الثانوي في تقييم نتائج القيام بالفعل أو نتائج ردود الأفعال التي يصدرها الفرد ، للتقليل أو التخفيف من حجم الخطر أو التهديد.

و يتوقف التقدير الثانوي بدرجة أساسية على محتوى أو مضمون التقدير الأولي ، كما أن التقدير الثانوي ، هو أيضا وثيق الإرتباط باستراتيجيات المقاومة المستعملة من طرف الفرد.

و في عملية المقاومة (ودائما حسب النموذج المعرفي) ، يمكننا أن نلاحظ أن الفرد حينما يكون في مواجهة وضعية الضغط ، يمكن أن تكون له ردود أفعال مباشرة (direct actions) ، كما يمكن أن يبدي استجابة مخففة (palliative action) ، إذ يحاول الفرد في الحالة الأولى أن يبدي ردة فعل واضحة و بشكل مباشر، حول الوضعية مصدر الضغط ، فيعمد إما إلى المواجهة ، واما إلى تجنب عنصر الخطر أو التهديد، و غالبا ما تكون المواجهة هي الأكثر استعمالا.

أما في الحالة الثانية من ميكانيزمات المقاومة في التعامل مع الضغط ، فإن الفرد يلجأ إليها عندما يعتقد بعدم جدوى الدخول في الفعل مباشرة أو التصرف المباشر (direct action) مع الوضعية ، فيفضل في هذه الحالة اللجوء إلى وسائل دفاعية تهدئية لتخفيض شدة الضغط ، كتعاطي الكحول و المهدئات ، أو ممارسة التمارين الإسترخائية . و لهذا يكون هذا النوع من ميكانيزمات المقاومة ، موجه للتخفيف من الإضطرابات الإنفعالية و الحركية و الفيزيولوجية التي يسببها الضغط ، (in Bakal,1979,p.88-89) "

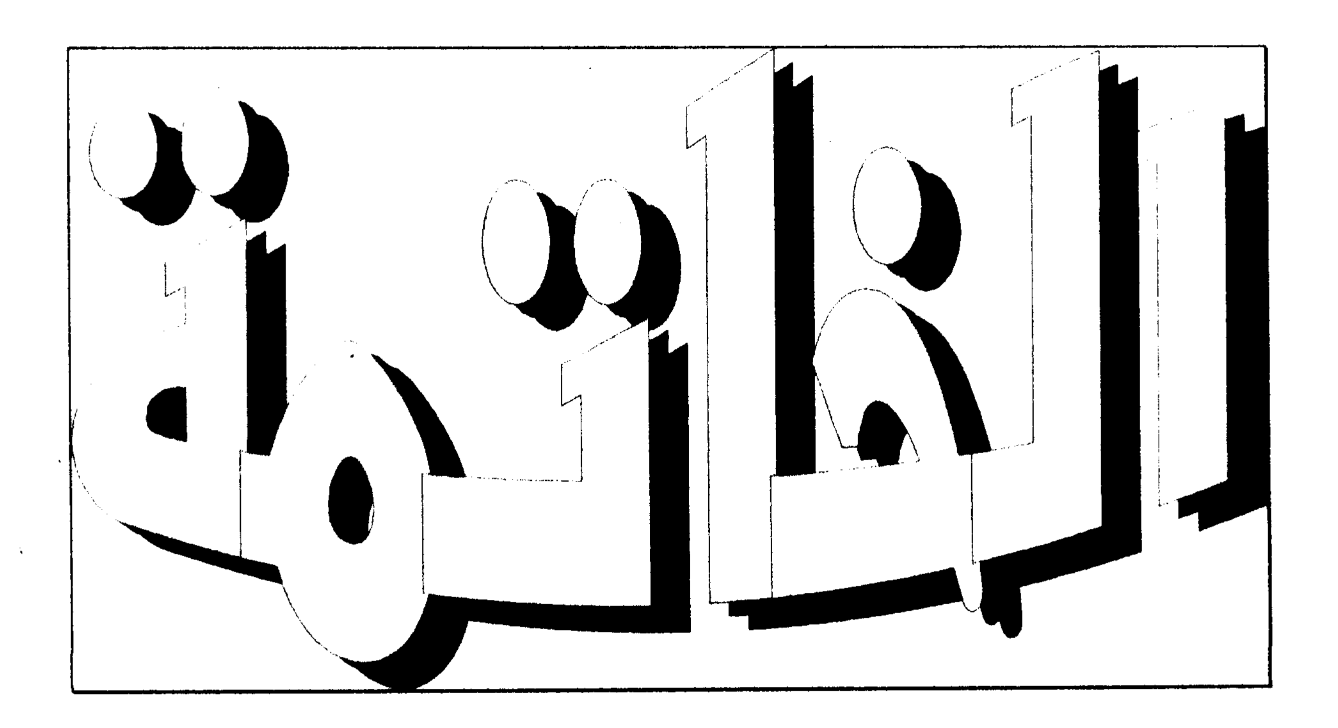
و في ختام المناقشة العامة لنتائج هذا البحث ، ندرج شكلا تخطيطا (شكل (2)) لعمل كل من الضغط و التقدير و المقاومة ، بهدف الوصول إلى حالة التوازن النفسي الاجتماعي مع وضعية المرض ، و ذلك من خلال ما توصلنا إليه من نتائج في هذه الدراسة المطبقة على عينة من المصابين بداء السكري ، في حدود النظرية المعرفية للضغط و المقاومة لـ (Lazarus) ,



- شكل رقم (2) -

(مخطط تمثيلي لعمل الضغط السيكولوجي ، التقدير المعرفي ، و المقاومة وفقا لنتائج البحث .)

نستطيع من خلال الشكل (2) ، أن نستدل على أهمية مضمون (context) التقدير المعرفي حول وضعية الضغط الناتجة عن الإصابة بالسكري ، في استعمال استراتيجيات نوعية (specific) تركز إما على الإنفعال (emotion-focused strategies) ، و إما على المشكل و حل المشكل (problem and problem-solving-focused strategies)، و كيف أن استعمال نوع معين من الإستراتيجيات في عملية المقاومة (الإستراتيجيات التي تركز على المشكل) ، يؤدي إلى حالة التوافق السيكولوجي مع وضعية المرض ، و منه إلى التخفيف في درجة الضغط السيكولوجي ، في حين لا نرى فعالية نوع آخر من الإستراتيجيات (وهي التي تركز على الإنفعال) في التوصل إلى حالة التوافق السيكولوجي مع المرض ، و بالتالي عدم فعاليتها في تخفيف حدة الضغط النفسي الناتج عن الإصابة بذلك المرض المتمثل في السكري.


الخاتمة

الخاتمة

من خلال مراجعة نتائج البحث ، تظهر لنا أهمية الدور الذي تلعبه عملية التقدير الخاصة بالضغط (stressful appraisal) في علاقتها مع عملية المقاومة "كسلوك يحتل موقعا وسطيا في عملية التوافق السيكولوجي" مع المرض المزمن عامة (cohen and lazarus,1979) و مع السكري خاصة (Moos, 1982) ,

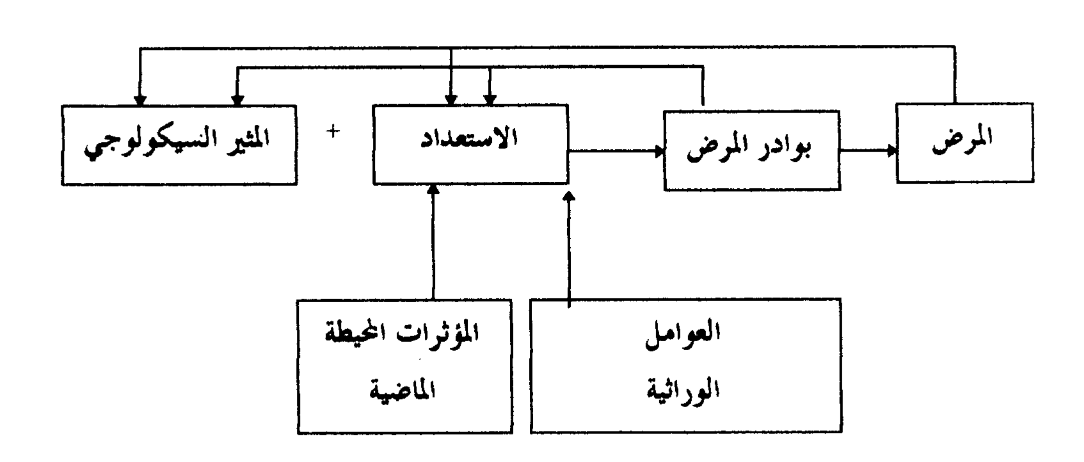
كما تكشف لنا نتائج هذا البحث أيضا ، كيف أن التقديرات البديلة (alternative appraisals)التي تتم من خلال عملية إعادة التقدير (reappraisal) و كيف أن الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (problem-focused strategies) في عملية المقاومة ، يمكنها أن تقود إلى التخفيض من مستوى الضغط السيكولوجي الذي ينشأ من الإصابة بمرض السكري ، و بالتالي توفير طريقة أكثر ملائمة للتوافق السيكولوجي مع وضعية المرض.

كما تكشف لنا نتائج هذا البحث أيضا، عن فعالية النموذج العلاجي المسمى بنموذج حل المشكل (problem-solving model) في توفير توافق سيكولوجي (psychological adjustement)لمرضى السكري مع مرضهم ، و ذلك بتركيزه على الحث على استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل وحله ، بدرجة أكبر من استعمال الاستراتيجيات التي تركز على الإنفعال في عملية المقاومة ، و بتأكيده على دور الشعور بفعالية الذات (self-efficacy) ، و دور تقدير الذات (self-esteem) في تخفيف حدة الضغط السيكولوجي الذي ينشأ عن وضعية الإصابة بالسكري ، و هو الهدف الذي صمم من أجله هذا البحث.

و عليه ، فإن تقديم علاج سلوكي معرفي ، "كنموذج حل المشكل" مثلا ، يمكن أن يكون بمثابة طرف مفيد في خطة العلاج الخاصة بمرض السكري خاصة ، و بالمرض المزمن عامة ، و ذلك بالموازاة مع العلاج الطبي الكيميائي . لأن هذا الأمر ، يساهم حسب اعتقادنا في تقديم كفالة شاملة (طبية و سيكولوجية) للمصابين بالمرض المزمن. و يمكننا أن نستدل على أهمية تقديم كفالة طبية شاملة ،

للمصابين بالمرض المزمن إذا ما استرجعنا التناول المسمى بنموذج (الإستعداد - الضغط) في تناول المرض (Diathesis-stress model of illness) . الذي يرى بأن " التناول البيوطبي للمرض (the biomedical model of illness) الذي يقوم على الوسائل التكونولوجية الحديثة ، لم يعد كاف لفهم معظم المشاكل الصحية التي يتعرض لها الأفراد ، و لهذا فإن تصور (نموذج الإستعداد-الضغط) للمرض هو تصور مرتبط بالمحيط الذي يعيش فيه الفرد و بنمط حياته أو أسلوب معيشته (patient's environement and life style) ,

لقد قدم هذا النموذج ، بهدف الكشف عن العلاقة الموجودة بين الضغط السيكولوجي و بين الإضطرابات الصحية ، و منه ، الكشف عن التفاعل (interaction) الموجود بين الضغط السيكولوجي و المتغيرات الفيزيولوجية (psychological stress and physiological variables) . فهو بذلك إذن لا ينفي أهمية المتغيرات ذات المكونات الطبية ، بل يؤكد على وجود علاقة تفاعلية معقدة بين هذه المتغيرات و بين المتغيرات المحيطية و السيكولوجية . و يمكننا تصور هذه العلاقة التفاعلية ، من خلال الشكل التمثيلي الذي يقدمه هذا النموذج :



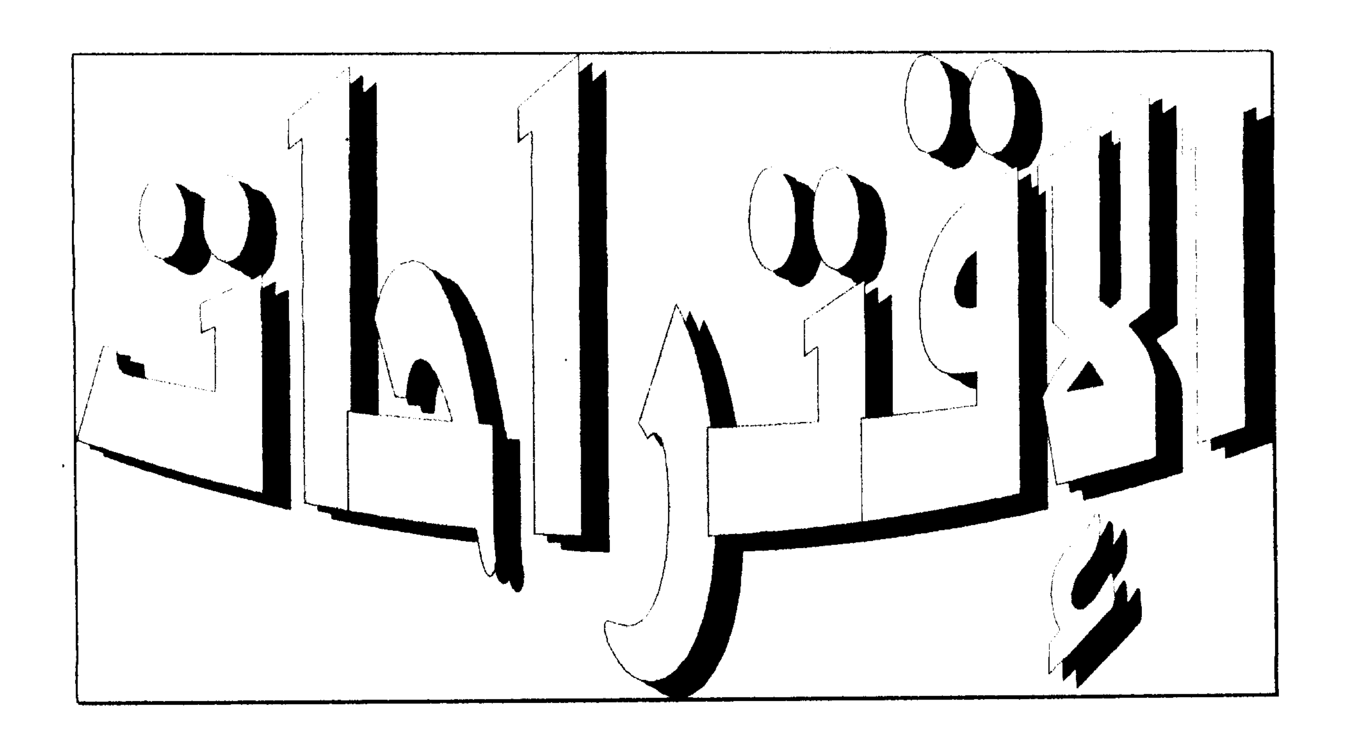
-شكل رقم (3) -

رسم تخطيطي لنموذج (الاستعداد - الضغط) للمرض

(from levi, 1974. In Gunderson , E.K, & R.H Rahe (EDS), Life Stress and illness , 1974) . Courtesy of Charles C Thomas, Publisher , Springfield, Illinois .

إذ بوجود الإستعداد الفيزيولوجي و المثير السيكولوجي ، يمكن للفرد أن يبدي مجموعة من ردود الأفعال الفيزيولوجية و السيكولوجية ، كما يمكن لردود الأفعال هذه أن تتطور إلى بوادر تدل على وجود المرض أو إلى أسباب لذلك المرض . و كما يدل عليه الشكل (3) ، فإن المرور إلى حالة المرض (كنتيجة لا يكون بالضرورة عبر عامل واحد ، و لكن ذلك يتم عن طريق نظام تتجمع فيه العوامل و المتغيرات في إطار تفاعلات مستمرة فيما بينها . فظهور المرض إذن يكون حسب مجموعة معقدة من العوامل الأخرى باستثناء العوامل الفيزيولوجية و العوامل الإجتماعية (psychological and social factors) .

و بهذا فإن هذا النموذج (الإستعداد-الضغط) ، يفتح عدة أبواب لفهم المرض و تفسيره و يؤكد على فكرة أن القابلية الفيزيولوجية للإصابة بالمرض ، ليست كافية وحدها ، لشرح أو تفسير المرض ، على الرغم من ضرورة وجودها . (Bakal,1979,p.73-75) ".

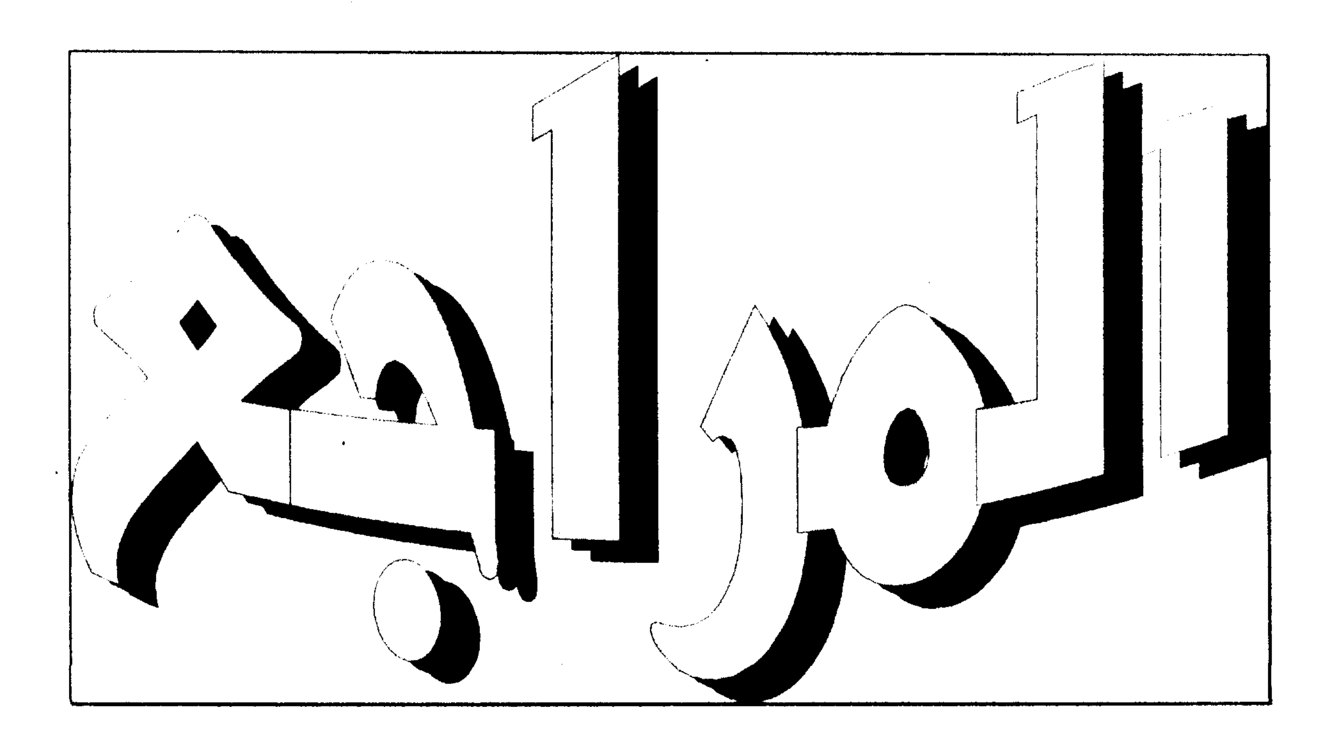

الإقتراحات

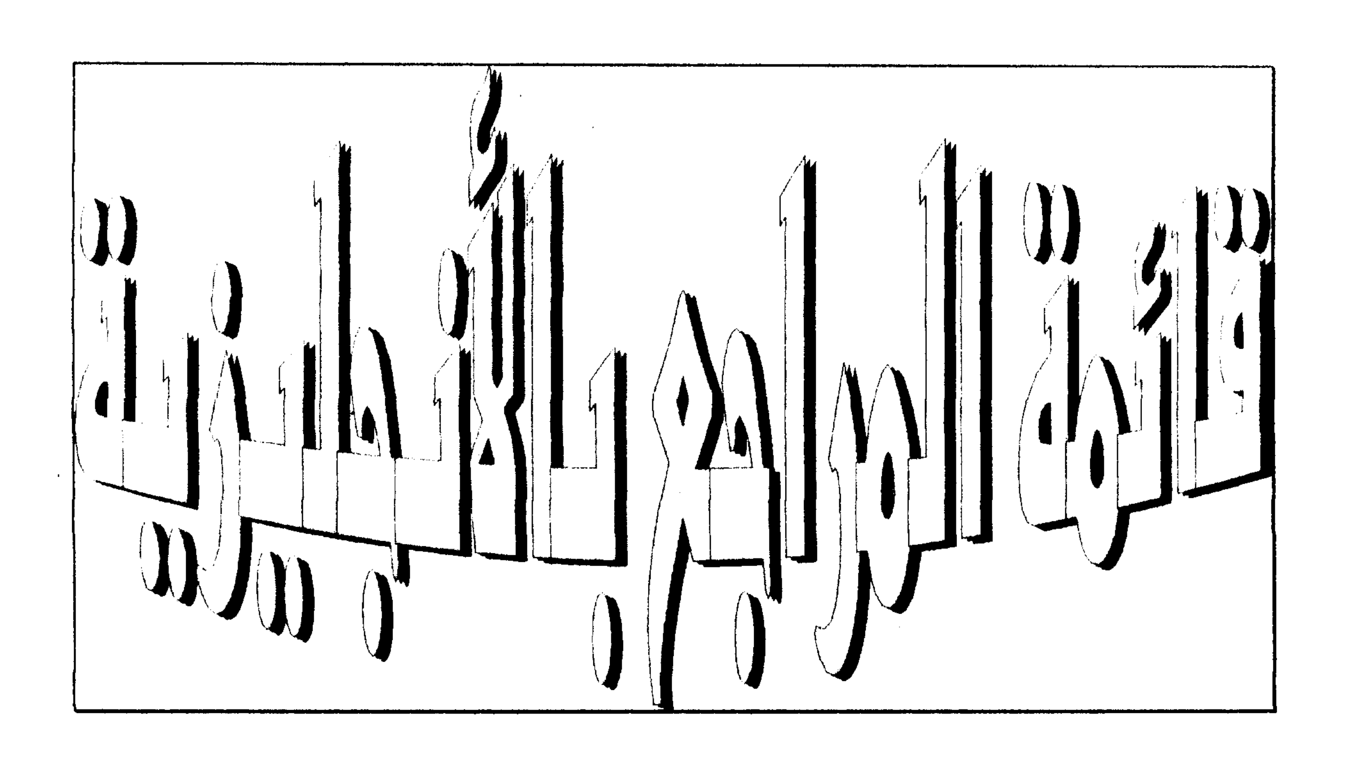
الإقتراحات

في ختام هذا البحث الذي يدور حول الضغط السيكولوجي الناجم عن الإصابة بمرض السكري ، و أهمية التقدير المعرفي (cognetive appraisal) في توجيه عمل المقاومة (coping) ضد ذلك الضغط، يمكننا أن نخرج بمجموعة من الإقتراحات نقدمها للباحثين و الطلبة في ميدان علم النفس الإكلنيكي ، قصد إثرائها ، أو استثمارها كأفكار و منطلقات أساسية ، لبحوث مستقبلية في هذا المجال . ذلك لأن النتائج التي توصلنا إليها من خلال بحثنا هذا ، تفتح أمامنا أبوابا مختلفة للدراسة ، و البحث ، كما تبرز لنا أهمية المتغيرات السيكولوجية ، و وزنها في تناول المرض العضوي المزمن ، و تحثنا على تناول كل متغير منها على حدة في علاقته ، بمسار المرض العضوي المزمن.

فإذا كنا قد تناولنا في هذا البحث كل من متغيري ، المقاومة و التقدير المعرفي في معالجة الضغط السيكولوجي الناتج عن الإصابة بالسكري ، فانه يمكن لدراسات أخرى أن تضيف أو تدرج عامل الدعم الأسري (parental support) مثلا ، إلى جانب المتغيرين الأساسيين (التقدير المعرفي و المقاومة) .

و إذا كنا قد أقمنا هذه الدراسة على فئة الراشدين ، فإننا نقترح أن يقام مثل هذا البحث ، على فئة الأطفال ، لمعرفة منعكسات الإصابة بالسكري على النمو المعرفي (cognetive developpement) ومن خلال النتائج التي توصلنا إليها في هذا البحث ، يمكن أيضا ، القيام بدراسة أخرى ، انطلاقا من أنواع الإستراتيجيات المستعملة لدى المصابين بالسكري في عملية المقاومة ضد الضغط ، للبحث عن العلاقة الموجودة بين استعمال نوع معين من الإستراتيجيات و بين تنظيم نسبة السكر في الدم أو ما يسمى بعملية مراقبة الأيض (metabolic control) .


المراجع


قائمة المراجع بالأنجليزية

Anderson, C.R. (1977). Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting : A longitudinal study. Journal of Applied psychology , 62,446-451.

Andreasen, N.J.C., Noyes, R., Jr.,& Hartford, C.E. (1972) . Factors influencing adjustment of burn patients during hospitalization. Psychosomatic Medicine , 34, 517-525

Antonovsky, A. (1979).Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey - Bass.

Archer, R.P.(1979). Relationships between locus of control , trait anxiety, and state anxiety : An interactionist perspective . J.of personality, 47,305-316

Arnold, M.B.. (1960). Emotion and personality (2 vols.). New York : Colombia University Press.

Arnold, M.B. (Ed). (1970) Feelings and emotion . New York : Academic Press.

Armstrong N .(1987). Coping with diabetis mellitus , a full-time job. Nursing clinics of North America , 22(3), 559-568

Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress . Psychological Bulletin , 80, 286-303

Badia, P.; Cullbertson , S. (1970). Behavioral effects of signalled vs. Unsignalled shock during escape training in the rat . J. Of Comparative and physiological psychology ,72 (216)

Bakal, D.A. (1979) . Psychology and medicine. Tavistock publications limited . London.

Bandura , A. (1969)Principles of behavior modification . New York : Holt , Rinehart & Winston.

Bandura, A. (1977). Self - efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84,191-215

Barber , T.X., & Coules , J. (1959). Electrical skin conductance and galvani skin response during hypnosis . International . J. Of Experimenta Hypnosis , 7, 79-92

Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G. , & Williams , R.B .(1983). Hostility , CHI incidence , and total mrtality : A 25-year follow - up study of 25 physicians . Psychosomatic Medicine , 45, 59-63

Beck, A.T. (1967). Depression : Clinical , experimental and theoretical aspect .New York . Harper & Row.

Beck, A.T.. (1976). Congtive therapy and the emotional disorders . New Yor : International Universities press.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B F., & Emery , G. (1979). Cognetive therap of depression . New York.

Bennett, D.H., & Holmes , D.S. (1975) . Influence of denial (situationa redefinition) and projection on anxiety associated with threat to sel - esteem. J. Of personality and social psychology , 32, 915-921

Bulman , R.J., & Wortman, C.B.(1977). Attributions of blame and coping i the "Real World": Service accident victims react to their lot. J. O personality and social psychology , 35, 351-363.

Bloom, L.J., Houston, B.H., Holmes, D.S., & Burish, T.G. (1977). Th effectivness of attentional diversion and situational redefinition fo reducing stress due to a nonambiguous threat. J. of research i personality , 11, 83-94.

Breznitz, S. (1971). A study of worrying . British Journal Of social an clinical psychology , 10, 271-279.

Cannon , W.B. (1932). The wisdom Of the body . New York : Norto (2nd ed., 1936).

Chaney , E.F., O'Leary, M.R., & Marlatt, G.A. (1978) . Skill training wit alcoholics . J. of Consulting and clinical psychology 46, 1092-1104.

Cohen, S., Kamarak , T., Mermelstein , R. (1983). A global measure C
perceived stress . J of Health and social behavior , 24, 385-396.

Cohen, F., & Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness . I
G.C. Stone , F. Cohen ,& N.E. Adler (Eds.). Health psychology
A handbook - SAN Francisco : Jossey - Bass.

Cohen, S., Wills , T.A.(1985). Stress , social Support , and the bufferin
hypothesis. Psychological Bulletin, 98,310-357.

Davis, F. (1960).Incertainty in medical prognosis , clinical and functional
The American Journal of Sociology, 66, 41-47.

Davison, G.C. (1968). Systematic desensitization as a counter conditionin
process. Journal of Abnormal psychology, 73, 91-99.

Diamond, E.L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertensio
and coronary heart disease. Psychological Bulletin, 92, 410-433.

Dimsdale, J.E. (1974). The coping behavior Of NAZI concentration cam
survivos. American Journal of psychiatry , 131, 792-797.

D'Zurilla , T.J. ., & Goldfried , M.R. (1971). Problem-solving and behavi
modification . Journal. Of Abnormal Psychology, 78, 107-126.

D'Zurilla , T.J., & Nezu, A. (1980). A study of the generation of alternativ
process in social problem solving - congnetive therapy and researc
, 4, 67-72.

D'Zurilla , T.J., & Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults . In P.
Kendall (Ed.) . Advances in congnetive - behavioral research an
therapy (vol. 1).New York : Academic Press.

Elliot , G.R ., & Eisdorfer , C.(1982). Stress and human health. New York
Springer .

Ellis , A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy . New York : Lyl
Stuart.

Ellis , A. (1977). Psychotherapy and the value of a human being . In A. Ellis & Grieger (Eds.) . Handbook of rational -emotive therapy , 99-112., New York.

Ellis, A. (1984). Rational-emotive therapy . In Cossimi (Ed.) . Current psychotherapies (3 rd ed.), 196-238. Itasca , IL : F.E.. Peacock.

Ellis , A. , & Bernard , M.E. (1983). An overview Of rational - emotive approaches to the problem of childhood . In. A Ellis &M.E.. Bernard (Eds.). Rational-emotive approaches to the problem of Childhood, 3-43., New York.

Epstein, S., & Roupenian , A. (1970). Heart rate and skin conductance during experimentally induced anxiety : The effect of uncertainty about receiving a noxious stimulus . Journal. of Personality and Social psychology , 16,20-28.

Farberows , N.L. (1980). Indirect self - destructive behavior in diabetics and Buerger's disease patients . In N.L. Farberows (Ed.) . The many faces of suicide : Indirect self - destructive behavior . New York : Mc Graw - Hill.

Felton, B.J., Revenson, T.A., & Hinrichsen , G.A.(1984).Stress and coping in the explanation of psychological adjustement among chronically ill adults . Sociology , Sciences and Medicine (vol.18). No .10, 889-898.

Fiore, N .(1979) Fighting cancer : one patient's perspective , New Egland . Journal Of. Medicine , 300, 284-289.

Folkins, C.H., Lawson, K.D., Opton, E.M., & Lazarus , R.S. (1968). Desentisization and the experimental reduction Of threat . Journal Of Abnormal psychology , 73, 100-113.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes : A theoretical analysis . Journal of personality and social psychology, 46, 839-852.

Folkman, S. &, Lazarus, R.S. (1980). An analysis Of coping in a middleaged community sample . Journal of Health and social behavior, 21, 219-239.

Folkman, S., Schaefer , C., &Lazarus , R.S. (1979) Congnetive processes as mediators of sress and coping : In V.Hamilton & D.M Warburaton (Eds.). Human stress and congition : An information - processing approach. London : Wiley.

Folkman, S. , Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter , C., Delongis , A., & Gruen , R.J. (1986) . Dynamics of a stressful encounter : Cognetive appraisal, Coping , and encounter outcome . Journal Of Personality and social psychology , 30 (5)., 92-103.

Fritz, C.E., & Matewson, J.H. (1957). Convergence behavior in disasters : A problem in social control . Washington , DC : Council, Disaster Study No 9.

Goldfried , M.R. (1979). Anxiety reduction through cognetive - behavioral intervention . In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.) .Cognetive - behavioral interventions : Therapy ,Research and Procedures . New York : Academic press.

Goldfried , M.R., & Sobocinski, D. (1975) . Effect of irrational beliefs on emotional arousal. Journal Of Consulting and clinical psychology , 43, 504-510.

Grinker, R.R., & Spiegel, J.P . (1945). Men under stress . New York : Mc Graw-Hill.

Gronder - Frederick, L.A., Carter , W.R. , Cox , D.J., Clarke , W.L (1990). Environmental stress and blood glucose change in insulin dependent diabetes mellitus . Health psychology , 9, 503-515.

Gunderson, E.K., & Rahe , R.H. .(1974). Life stress and illness . In . E.K. Gunderson , & R.H. Rahe (Eds.) . New York.

Halford , W.K. , Cuddihy , S., & Mortimer , R.H (1990). Psychological stress and blood glucose regulation in type I diabetic patients . Health psychology ,9, 516-528.

Hamburg , D.A., Hamburg, B., & de Goza , S. (1953). Adaptive problems and mechanisms in severely burned patients . Psychiatry , 16, 1-20.

Hamburg, D.A., & Adams , J.E. (1967). A perspective on coping behavior : Seeking and utilizing information in major transitions . Archives of general psychiatry , 17, 277-284.

Hansen , J.c. , Stevie, R.R., & Warner , R.W., Jr. (1982).Counseling , theory and process (3ed ed.) . In . Allyn and Bacon (Eds.) . Boston .

Hinkle, L.E., Jr . (1977). The concept Of "stress"in the biological and social sciences. In Z..J. Lipowski , D.R. Lipsitt , & P.C. Whybrow (Eds.) . Psychosomatic medicine : Current trends and clinical implications . New York : Oxford University press.

Holmes, D.S., & Houston, B.K. (1974). Effectiviness Of situational redefinition and affective isolation in coping with stress . Journal of personality and social psychology , 29, 212-218.

Hudson , W.W.. (1982). Index of self - esteem . In .the Clinical measurement pakage : A field manual . Chicago .

Hussian, R.A., & Lawrence , P.S. (1981). Social reinforcement Of activity and problem solving training in the traitment of depressed institutionalized elderly patients . Congetive therapy and research , 5, 57-69.

Jacobson , A.M., Lawrence, I.R., & Hausser , S.H . (1985). Psychological stress and glycemic control : a comparison Of patients with and without proliferative diabtic retinopathy . Psychosomatic Medicine , 47. (4), 372-381.

Janis, I. L . (1951) . Air war and emotional stress . New York : Mc Graw - Hill .

Janis, I.L. (1974). Vigilance and decision - making in personal crises . In G.V . Coelho , D.A. Hamburg , & J.E.adams (Eds.) . Coping and adaptation . New York : Basic books .

Janis , I.L., & Mann, L. (1977). Decision - making . New York : The Free press.

Kahn , R.L. , Wolfe, D.M., Quinn , R.P. , Snock, J.D., & Rosenthal , R.A. (1969). Organizational stress : Studies in role conflict and ambiguity . New York : Wiley.

Kanner , A.D., Coyne , J.C., Schaefer , C., & Lazarus, R.S., (1981). Comparisons Of two modes of stress measurements : Daily hassles and uplifts versus major life events . Journal Of Behavioral Medicine , 4, 1-39.

Kartz , J.J., Weiner, H., Gallagher, T.G., & Hellman , L. (1970). Stress , distress, and ego defenses , Archieves of general psychiatry , 23, 131-142.

Kasl, S.V. (1984). Stress and health, Annual Reviwes publication on Health, 5, 319-341.

Kelly, G.A. (1955). Tthe psychology of personal constructs .(vol.1). New York : Norton.

King, G.A., & Sorrentino , R.M . (1983). Psychological dimension of gool-oriented interpersonal situations . Journal of personality and social psychology , 44, 140-162.

Kinsman, R.A., Dirks , J.F , Jones , N.F., & Dahlem , N.W. (1980). Anxiety reduction in asthma : Four catches to general application . Psychosomatic Medicine , 42, 397-405.

Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives , Psychological Review , 82, 1-25.

Koriat, A., Melkman, R ., Averill , J.R., & Lazarus, R.S . (1972). The self - control of emotional reactions to a stressful film . Journal of Personality , 40, 601-619.

Küber-Ross, E. (1969). On death and dying . New York : Mac Millan .

La porte , R.E., & Tajima , N. (1985) . Prevalence of insulin - dependent diabetes . In Diabetes in America (NIH publication N° 85-,1468, 1-8). Washington, DC : U.S . Department of Health and Human Services .

Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans . Journal Gerout , 33.

Lazarus, R.S. (1966). Psychological stress and the coping process . New York : Mc Graw - Hill.

Lazarus, R.S. (1968). Emotions and adaptation : Conceptual and empirical relations . In W.J . Arnold (Ed.) . Nebraska Symposium on motivation - Lincoen : University Of Nebraska press.

Lazarus, A.A.., (1971). Behavior therapy and beyond . New York : Mc Graw - Hill.

Lazarus, R.S., (1981). The stress and coping paradigm . In Models for clinical psychopathology . Eisdorfer , C, et al. (Eds.) . New York. 177-214.

Lazarus , R.S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and congition . American Psychologist , 37, 1019-1024.

Lazarus, R.S ., & Alfert , E. (1964). The short - circuiting of threat . Journal of Abnormal and social Psychology , 69, 195-205.

Lazarus, R.S., Averill, J.R., & Opton , E.M.,Jr . (1970). Toward a cognetive theory of emotions . In M .Arnold (Ed.) . Feeling and emotions . New York : Academic press.

Lazarus, R.S., Folkman , S. (1984). Stress , Appraisal, and coping . Springer Publishing company . New York.

Levenson, R.W., Sher, K.J., Grossman, L.M., Newman, J., & Newlin , D. B. (1980). Alcohol and stress response dampening : Pharmacological effects, expectancy , and tension reduction . Journal Of Abnormal psychology , 89, 528-538.

Levine , S., & Scotch , N.A. (1970). Social stress . Chicago : Aldine .

Levien , S., Weinberg , J. , & Ursin, H. (1978). Definition of the coping process and statement of the problem . In H. Ursin , E. Baade , & S. Levine (Es.). Psychobiology of stress : A study of coping men . New York : Academic press.

Lignowska, I . (1989). The impact of environmental factors upon patients attitudes and behaviors : A Sociological study from Poland . In. Sociology , Sciences , and Medicine . (vol.29) N° 5, 681.

Loevinger,J. (1976). Ego developpement . San Francisco : Jossey - Bass.

London, P. (1964). The modes and morals of psychotherapy . NewYork.

Long, J.M. , Lynch , J.J., Machiran, N.M., THomas , S.A. , & Malinow , K.L. (1982). The effect of status of blood pressure during verbal communication . Journal Of Behavioral Medicine , 5, 165-972.

Lumsden, D.P. (1981). Is the concept of «stress» of any use , anymore ? In D. Randall (Ed.) . Contributions to primary prevention in mental health : Working papers . Toronto national office of the Canadian Mental Health Association . Toronto.

Mages, N.L., & Mendelsohn , G.A. (1979). Effects of cancer on patient's lives : A personological approach . In G.C. Stone , F. Cohen, & N.E. Adler (Eds.). Health psychology : A Handbook . San Francisco : Jossey-Bass.

Masson, J.W. (1975). A Historical view of the stress field . Journal of Human Stress, 1. (part I and II) , 6-12, 22-36.

Mc Grath, J.E. (1970). Social and psychological factors in stress . New York : Holt , Rinehart & Winston.

Mechanic , D. (1962). Students under stress : A study in the social psychology of adaptation . New York. The free press.

Mechanic, D. (1974). Social structure and personal adaptation : some neglected dimensions . In G.V. Coelho, D.A. Hamburg , & J.E. Adams (Eds.). Coping and adaptation . New York : Basic Books.

Miller , S.M. (1979). Controllability and human stress : Method , evidence, and theory . Behavioral research and theory , 17, 287-304.

Miller, N.E. (1980). A perspective on the effects of stress and coping on disease and health . In S. Levine & H. Ursin (Eds.) . Coping and Health . New York : Plenum.

Mischel , W. (1968). Personality and assessement . New York.

Moos, R.H. (1977). Coping with physical illness. New York :.Plenum.

Moos, R.H. (1982). Coping with acute health crises. In T. Millon , C. Green , & R. Meagher (Eds.) . Handbook of clinical health psychology , 129-151. New York.

Nezu, A., & D'Zurilla , T.J. (1979). An experimental evaluation of the decision making process in social problem - solving , Cognetive theory and research , 3, 269-277.

Nezu, A. , & D'Zurilla , T.J . (1981a). Effects of problem definition and Formulation on decision making in the social problem - solving process . Behavior therapy , 12, 100-106.

Nezu, A., & D'Zurilla , T.J . (1981b). Effects of problem definition and formulation on the generation of alternatives in the social problem-solving process . Cognetive Therapy and research , 5, 265-271.

Palmore, E., & Luikart, C. (1972). Health and social factors related to life satisfaction . Journal of Health and Social behavior, 13, 68.

Pearlin , L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping . Journal of Health and social behavior, 19, 2.

Peyrot , M.F., & Mc Murry , J.F. (1992). Stress buffering and glycemic control : the role of coping styles . Diabets care , 15 (7), 842-845.

Pollock, S.E. (1984). The stress response . Critical care quarterly , 6(4), 1-14.

Pollock, S.E. (1989). Adaptive responses to diabetes mellitus . Westen Journal of Nursing research , 11 (3).265-280.

Rosenbaum, M. (1980). Individual differences in self - control behaviors and tolerance of pain ful stimulation . Journal Of Abnormal psychology , 89, 581-590.

Rotter , J.B. (1954). Social learning for and clinical psychology. Englewood clifs . NJ : prentice -Hall .

Rotter,j.B.(1966). Generalized expectancies for internal versus ,external control of reinforcement . Psychological Monographs : General and Applied , 80 (Whole N 609) .

Rotetr, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement . Journal of Consulting and clinical psychology, 43, 56-67.

Roy, C . (1984). Introduction to nursing : An adaptation model (2nd ed.). Englewood Cliffs , N.J : Prentice Hall.

Rush, A.J. , Beck, A.T., Kovacs, M., & Hollon, S.D. (1977). Comparative efficacy of cognetive therapy and pharmacotherpay in the treatement of depressed out patients . Cognetive therapy and research, 1, 17-37.

Schaefer , C., Coyne, J.C., & Lazarus, R.S. (1982). The Health - related functions of social support . Journal Of Behavioral Medicine , 4, 381-406.

Selye, H. (1936). A syndrome produced by divese nocuous agents . Nature , 138, 32.

Selye, H. (1946). The General adaptation syndrome and the disease of adaptation . Journal of Clinical Endocrinology , 6, 117-230.

Seyle, H. (1956). The stress of life (rev . ed.). New York : Mc Graw - Hill.

Shannon , I.L. , & Isbell , G.M. (1963). Stress in denial patients : Effect of local anesthesic procedures . Technical Reporst N° SAM-TDR -63-29, USA F School of Acrospace Medicine . Brooks Air Force Base . Taxas.

Shapiro, D. (1965). Neurotic Styles . New York : Basic Books .

Shekelle, R.B., Gale , M., Ostfeld , A.M., & Ogelsby, P. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. psychosomatic Medicine, 45, 109-114.

Sher, K. L., & Levenson, R. W. (1982). Risk of alcoholism and individual differences in the stress-reponse - dampening effect of alcohol . Journal of abnormal psychology, 91 350-367.

Sherer, M., Maddox, J.E., Mercandante, B., prentice-Dum, S., Jacobs, B.,& Rogers, R. W. (1982). The self - Efficacy Scale : Construction and validation. Psychological reports, 51, 633-671.

Skeet, M. (1970). Home from Hospital : The result of a survey Conducted Among Recently Discharged Hospital patients. The Dan Mason Nursing research Committee of the national Florence Nightingale Memorial Committe of Great Britain and Northen Ireland . London

Slonska, Z. (1986). The impact of environmental factors upon the attitudes and behaviors of diabetic patients. A sociological study of a cronic disease. Institute of philosophy and sociology . Warsow. poland.

Speisman, J.C., Lazarus, R. S. , Mordkoff, A. M., & Davison, L.A. (1964).

Experimental analysis of a film used as a threatening stimulus. Journal of consulting psychology, 28,23-33.

Srauss, A. L., Corbin, J., Fagerhaugh, S.,Glaser , B. G., Maines, D., Suczek, B. et al. (1984). Chronic illness and the quality of life (2nd ed.). C.V. Mosby . St lowis.

Strickland, B. R. (1978). Internal-external expectancies and Health - related behaviors. Journal of Consulting and clinical psychology, 46, 1192-1211.

Surwit, R.S., Feinglos, M.N., & Scovern, A.W.(1983). Diabetes and behavior. American psychologist, 38, 255-262.

Tarnow, J.D., & Silverman, S.W.(1981-1982). The psychophysiologic aspect of stress in juvenil diabetes millutus. International journal of psychiatry and Medicine, 11,25-44.

Ternulf - Nyhlin, R.N.T.(1990). Diabetec patients facing long-term complications : Coping with uncertainty. Journal of advanced Nursing , 15, 1021-1029.

Tompson, S.C.(1981). Will it hurt less if I can Control it ? a complex answer to a simple question. psychological Bulletin, 90, 89-101.

Vaillant, G.E.(1977). Adaptation to life. Boston : Little, Brown.

Visotsky, H.M., Hamburg, D. A., Goss, M.E., & Lebovits, B. Z. (1961). Coping behavior under extrem stress. Archives of general psychiatry, 5, 423-448.

Wachtel, p. L. (1977). psychoanalysis and behavior therapy : Toward an integration. New York : Basic Books.

Wachtel, p. l.(1980). Investigation and its discontents : Some Constraints on progress in psychological research. Amercan psychologist, 35, 399-408.

Walen, S. R., Diguiseppe, R., & Wessler, R. L.(1980). A practitioner's guide to rational-emotive Therapy. New York.

Wallace, A. F. C.(1956). Human behavior in extreme situations : A survery of the literature and suggestions for further research. Washington, D. C : National Academy of sciences (National research Council, Disaster study N° 1).

White, R.W.(1974). Strategies of adaptation : An attempt at systematic description. In G. V. Coelho, D. A. Hamburg ,& J.E. Adams (Eds). Coping and adaptation. New York : Basic Books.

Williams, B. W., Jr., Haney, T. L., Lee, K. L., YI-Hong Kong , Y. Blumenthal, J. A., Whalen, R. E.(1980). Type A behavior Hostility, and Coronary atherosclerosis. psychosomatic Medicine 42, 539-549.

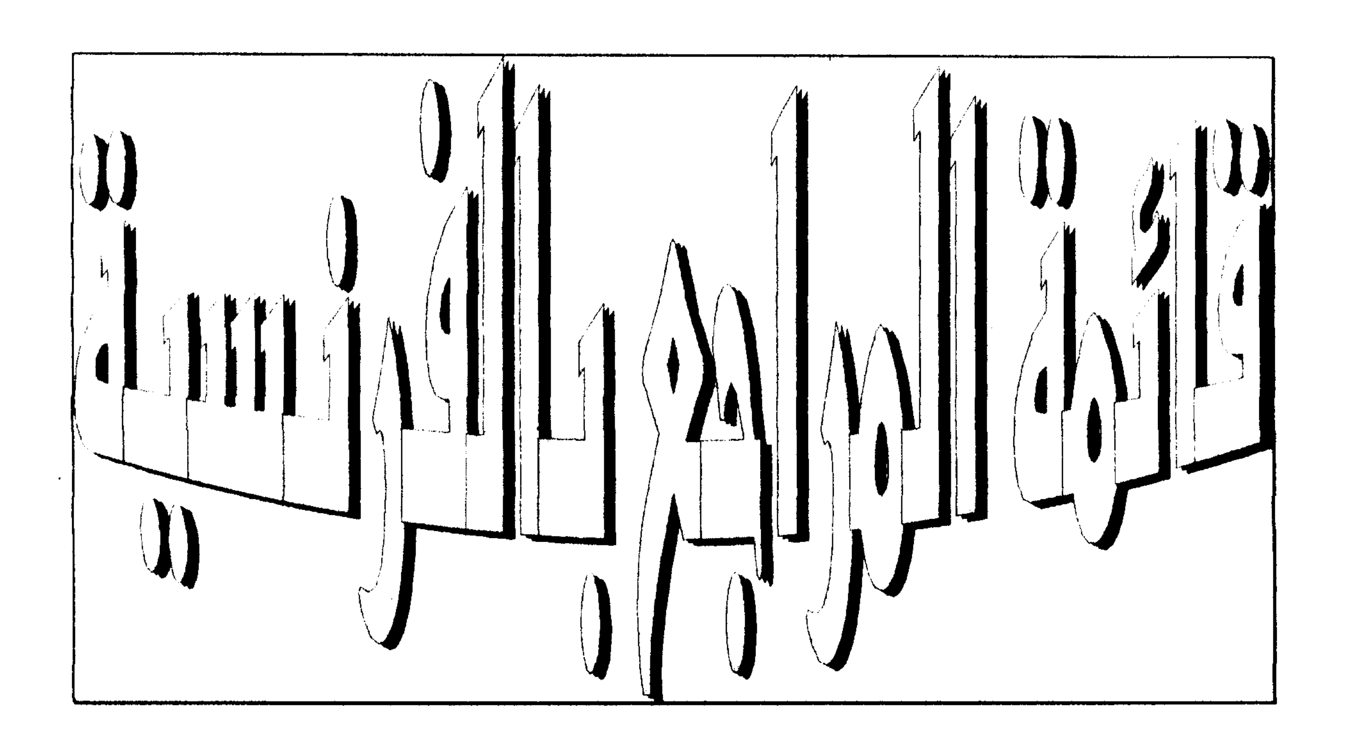
Withey, S. B.(1962). Reactions to uncertain threat. In G. W. Baker D.W. & D.W. chapman (Eds.). Man Society in disaster. New York : Basic Books.

Wrubel, J., Benner, P., & Lazarus, R. S.(1981). Social Competance from the perspective of stress and Coping. In J. Wine & syme (Eds.). Social Competence. New York : Guilford.

Wulsin, L. R., Jacobson, A. M., & Lawrance, I. R.(1987). Psychosocial aspect of diabetic retinopathy. Diabetes Care, 10(3), 367-373.

Zarit, S. H.(1980). Aging and Mental disorders. New York.

Zung , W. K.(1971). Self - Rating Anxiety Scale : A rating instrument for anxiety disorders. Psychosomatics, 12, 371-379.


قائمة المراجع بالفرنسية

Cathebras, p., Rousset, H.(1988). Equisse d'une epistemologie du stress. Medecine psychosomatique, 16, 61-70.

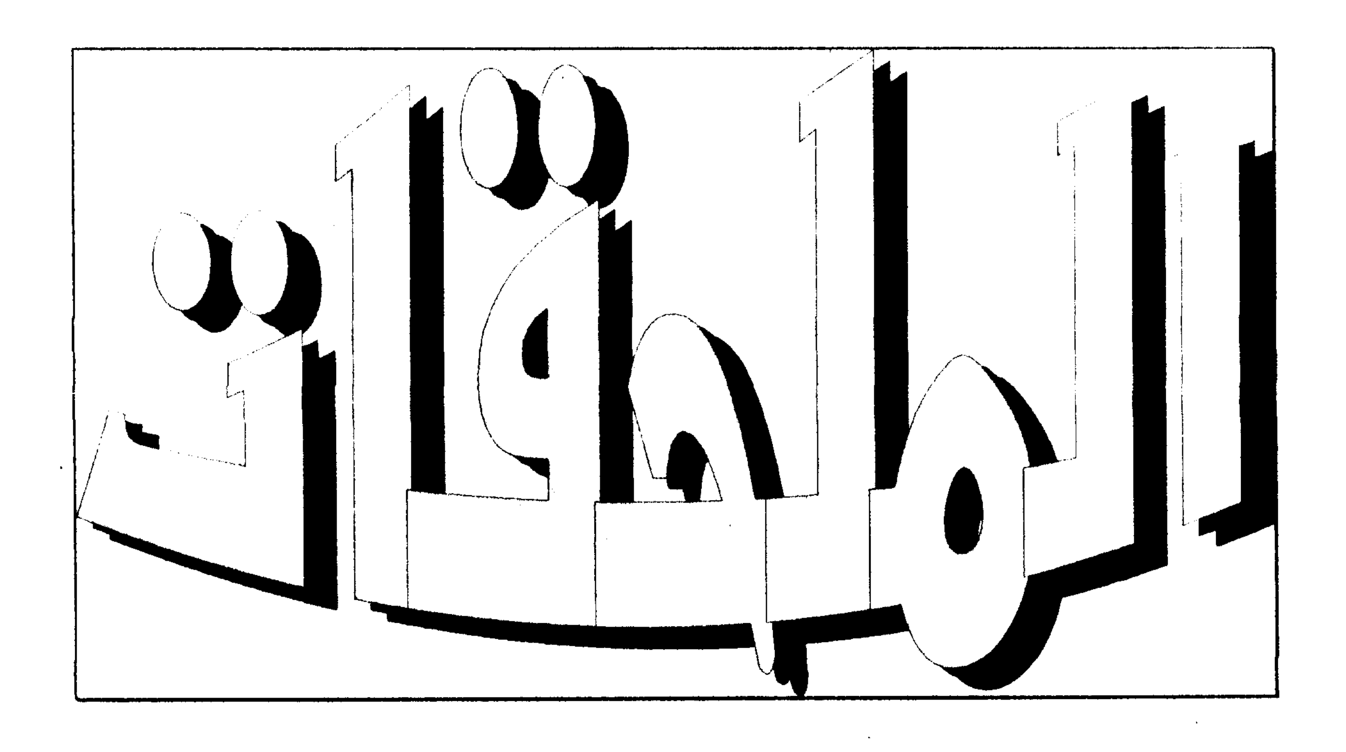
Consoli, S.(1985). Stress, personnalité et Hypertention. Paris.

De Bulter, J.(1985). Pôurquoi et Comment Surviennent les maladies psychosomatiques ?. Semiologie, 61, 2579-2582.

Domart, A., Bourneuf, J.(1985). Petit Larousse de la medecine (T : 1). Librairie Larousse - Paris.

Gramboulan, V., Mercuel, A. (1987). Stress et depression. Année psychiatrique, 2, 15-19.

Maurer, M.(1984). Le «Stress», une definition impossible : Selye au Centre de la Controverse. Medecine et Hygiene, 42, 2240-2249.


الملحقات

دليل المقابلة العيادية :

* موقف المريض من مرضه :

1)- ماذا تعني لك الإصابة بمرض السكري ؟

2)- هل تشعر بالقلق بسبب إصابتك بمرض السكري ؟

3)- هل تتقبل مرضك ؟ (أو هل تتقبل فكرة إصابتك بالسكري ؟)

4)- هل يشكل مرض السكري مصدر ضغط نفسي و اجتماعي بالنسبة لك ؟

5)- هل غير المرض مجرى حياتك اليومية ؟

6)- هل تعتقد أن الإصابة بمرض السكري تشعرك بالعجز في ممارسة أعمالك اليومية ؟

* مرض السكري و الحياة الإجتماعية :

1)- هل يزعجك علم الآخرين بمرضك ؟

2)- هل تعتقد بأنك غير مقبول اجتماعيا ؟

3)- هل تجد صعوبة في ممارسة نشاطاتك الإجتماعية بسبب إصابتك بمرض السكري ؟

4)- هل تظن أن الآخرين يتعاملون معك من زاوية المرض ، و هل يقلقك ذلك ؟

5)- هل تفضل أن تقيم علاقاتك الإجتماعية في أوساط المصابين بالسكري ؟

6)- هل يشعرك مرضك بالعجز في إقامة علاقات إجتماعية ناجحة ؟

7)- هل تشعر بالقلق عندما تتحدث عن مرضك أمام الآخرين ؟

* مرض السكري و الحياة الزوجية :

أ) المتزوجون :

1)- هل تشعر بانسجام عاطفي بينك و بين الطرف الآخر ؟

2)- هل تعتقد أن إصابتك بالسكري تجعل الطرف الآخر يشعر بفتور في مشاعره نحوك ؟

3)- هل يؤثر مرضك على حياتك الجنسية ؟ و هل تظن أن هذا التأثير ينعكس على سير حياتك الزوجية ؟

ب) - غير المتزوجين :

1)- هل تفكر في الزواج ؟

2)- هل تعتقد أن مرض السكري سيكون له تأثير على حياتك الزوجية مستقبلا ؟

3)- كيف تتصور حياتك الزوجية ؟

* مرض السكري و الحياة العملية ؟

1)- هل تجد صعوبة في ممارسة عملك ؟

2)- هل تأخذ مرضك بعين الإعتبار أثناء قيامك بعملك اليومي ؟

3)- هل يزعجك أن يكون زملائك في العمل على دراية بمرضك ؟

4)- ما موقف زملائك حينما يتعرفون على مرضك ؟ و هل يزعجك موقفهم منه ؟

5)- هل تفكر أحيانا في ترك العمل بسبب مرضك ؟

6)- هل ينسيك العمل بأنك مصاب بالسكري ؟

7)- هل تجد مجالا لتحقيق ذاتك في العمل ؟

* مرض السكري و الحياة النفسية :

1)- هل يجبرك مرضك على التقيد بنظام حياتي معين ، و هل يزعجك ذلك ؟

2)- هل تعتقد أنك شخص عاجز ؟

3)- هل تشعر بالقلق عندما تفكر في مرضك ؟

4)- هل تشعر بأنك غير قادر على أن تكون شخصا فعالا في محيطك ؟

5)- هل تعتقد أن كل فشل يصادفك في حياتك اليومية ما هو إلا نتيجة لإصابتك بمرض السكري ؟

6)- هل تظن أنه كان بإمكانك أن تكون فعالا أكثر لو لم تكن مصابا بالسكري ؟

7)- هل تشعر باليأس عندما تكتشف أن إمكانيتك في أن تكون شخصا فعالا، محدودة في مجال ما يسمح به لك مرضك ؟

8)- هل تتخذ من مرضك عذرا تلجأ إليه كلما شعرت بالفشل ، و هل يشعرك هذا الأمر بالراحة النفسية ؟

9)- هل تشعر بالراحة النفسية عندما تكون بين المصابين بالسكري ؟

10)- هل تنظر إلى الحياة من زاوية المرض ؟

11)- هل تؤمن بضرورة التعايش مع المرض ؟ (هل تتقبل وضعية المرض كواقع و كحقيقة لا مفر منها ؟)

12)- هل تشعر بالرغبة في تجاوز القيود التي يفرضها عليك المرض ؟

13)- هل ترغب في أن تكون أكثر فعالية ؟

14)- هل تظن أن نجاحك في تجاوز قيود المرض و ضغوطاته، يمكنك من إيجاد توازن نفسي و اجتماعي مقبول ؟

سلم التقرير الذاتي للقلق

(SELF - RATING ANXIETY SCALE 'S.A.S')

إليك فيما يلي عشرين (20) عبارة . المطلوب منك إعطاء علامة لكل عبارة ، باستخدام سلم التنقيط الموالي :

1) : نادرا أو أبدا

2) : أحيانا

3) : كثيرا

4) : دوما

الرجاء منك وضع العلامة المناسبة أمام كل عبارة

1- : أشعر بالعصبية و القلق أكثر من المعتاد .

2- : أشعر بالخوف دون سبب على الإطلاق .

3- : أغتاظ بسهولة ، و أشعر أنني مذعور .

4- : أشعر و كأنني سأتحطم .

5- : أشعر أن كل شيء على أحسن ما يرام ، و لا أتوقع حدوث أي شر .

6- : ذراعاي و ساقاي تقشعران و ترجفان .

7- : يزعجني الشعور بالصداع و آلام الرقبة و القفا .

8- : أشعر بالضعف و الوهن و أتعب بسرعة .

9- : أشعر بالهدوء و يمكنني الحفاظ عليه بسهولة .

10- : أستطيع أن أحس بقلبي و هو يخفق بسرعة .

11- : أنزعج لنوبات الدوار .

12- : تصيبني نوبات الإغماء ، و أشعر بها قبل حدوثها .

-13 : أستطيع أن أتنفس بسهولة .

-14 : يراودني شعور بالتخدر و الوخز الخفيف في أصابع الرجلين و اليدين .

-15 : تزعجني آلام المعدة و عسر الهضم .

-16 : غالبا ما أحس بالحاجة إلى التبول .

-17 : غالبا ما تكون يداي جافتين و دافئتين .

-18 : يحمر وجهي و يزداد حرارة .

-19 : أنام بسهولة و لا أنزعج أثناء النوم .

-20 : تنتابني الكوابيس .

معامل تقدير الذات

(INDEX OF SELF - ESTEEM (I.S.E.))

صمم هذا الإستبيان للوقوف على الكيفية التي ترى بها نفسك . لا يعتبر هذا الإستبيان اختبارا ، و عليه، لا توجد لا إجابات صحيحة و لا إجابات خاطئة .

– الرجاء منك الإجابة على كل بند (item) بكل إمعان و صدق ، و هذا عن طريق تعيين الرقم المناسب على يمين كل عبارة .وذلك باختيارك لاحدى الاجابات التالية :

1) : نادرا أو أبدا

2) : قليلا

3) : أحيانا

4) : كثيرا

5) : دوما

1- : أعتقد أن الناس لو عرفوني جيدا لما أحبوني .

2- : أعتقد أن الآخرين أحسن توافقا مني .

3- : أشعر أنني شخص رائع .

4- : عندما أكون مع الآخرين ، ألمس سرورهم بوجودي معهم .

5- : أشعر أن الناس يرغبون فعلا في التحدث معي .

6- : أعتقد أنني كفء جدا .

7- : أعتقد أنني أترك انطباعا جيدا لدى الآخرين .

8- : أشعر بالقلق عندما أكون بمحضر أشخاص غرباء .

9- : أشعر بالحاجة إلى مزيد من الثقة بالنفس .

10- : أشعر أنني شخص غبي أو أحمق .

11- : أعتقد أنني قبيح .

12- : أشعر أن الآخرين يمزحون أكثر مني .

13- : أشعر أنني أبعث الملل في نفوس الآخرين .

14- : أعتقد أن أصدقائي يحسبونني شخصا مهما .

15- : أعتقد أنني أتمتع بميزاج مرح .

16- : تزداد يقضتي عندما أكون بمحضر أناس غرباء .

17- : لو كنت كبقية الناس لنجحت .

18- : أعتقد أن حضوري يمتع الآخرين .

19- : أشعر أنني محط أنظار الآخرين .

20- : أعتقد أنني أطلب المساعدة من الغير أكثر من الآخرين.

21- : أعتقد أنني شخص لطيف فعلا .

22- : أعتقد أن الناس يحبونني كثيرا .

23- : أشعر أنني شخص جدير بحب الآخرين .

24- : أخاف أن أبدو أحمقا في نظر الآخرين .

25- : أصدقائي يقدرونني كثيرا .

سلم فعالية الذات

(SELF - EFFICACY SCALE (S.E.S))

يدور هذا الإختبار حول مجموعة من العبارات الخاصة بمواقفكم و بمميزاتكم الشخصية .كل عبارة منها تمثل اعتقادا أو فكرة معتادة لديك .

– إقرأ كل عبارة ، و قرر أيا من العبارات تنطبق عليك .

نشير إلى أنه ليست هناك إجابات صحيحة أو خاطئة ، إذ من المحتمل جدا أن تنطبق عليك بعض العبارات و تتفق معها ، و ألا تتفق مع بعض العبارات الأخرى ، أو تعارضها .

– المطلوب منك أن تبين موقفك الشخصي إزاء كل عبارة و ذلك بأن تضع "الحرف" الذي تراه يصف أكثر موقفك أو شعورك ، على يمين كل عبارة .

– نتوقع منك الصدق في إجاباتك ، و هذا عن طريق وصفك لنفسك كما تراها فعلا ، لا كما تحب أن تراها .

أ): أعارض بشدة

ب) : أعارض قليلا أو بعض الشيء

جـ) : لا أعارض و لا أوافق

د) : أوافق بعض الشيء

هـ) : أوافق بشدة .

1- : أحب أن أزرع النباتات المنزلية .

2- : أنا متأكد من قدرتي في جعل مشاريعي تتحقق .

3- : من بين المشاكل التي تعترضني ، عدم قدرتي على الشروع في العمل عندما يتوجب علي ذلك.

4- : إذا لم أستطع أن أقوم بعمل في المرة الآولى ، تراني أكرر المحاولات حتى بلوغ الهدف .

5- : تلعب الوراثة أعظم دور في تحديد شخصية الإنسان .

6- : يصعب عليا إيجاد أصدقاء جدد .

7- : عندما أسطر لنفسي أهدافا هامة ، فنادرا ما أحققها .

8- : أتوقف عن إنجاز المشاريع قبل إتمامها .

9- : أحب ممارسة الطبخ .

10- : إذا التقيت شخصا كنت أرغب في التعرف عليه ، فسأتوجه إليه (إليها) دونما أنتظره (أنتظرها) ليقوم بالخطوة الأولى .

11- : أتجنب مواجهة الصعوبات .

12- : عندما أحس بصعوبة الشيء و تعقده ، فلا أبالي بمحاولة التجريب .

13- : لكل شخص نصيبه من الفضائل .

14- : لو إلتقيت شخصا هاما ، من الصعب إقامة علاقة صداقة معه تراني أكف عن محاولة ربح صداقة هذا الشخص.

15- : دائما أنهي الاعمال التي كنت قد بدأتها حتى ولو لم أكن أرغب في ذلك .

16- : عندما أقرر القيام بعمل فلا أتماطل .

17- : أحب العلوم .

18- : عندما أكون بصدد تعلم شيء جديد ، فسرعان ما أتخلى عنه إذا لم أفلح منذ البداية .

19- : عندما أسعى إلى تكوين علاقة صداقة مع شخص معين لا يبدي اهتمامه بي ،تجدني أواصل المحاولة دون انقطاع .

20- : عندما تنتابني مشاكل طارئة لا أتعامل معها بكيفية جيدة .

21- : لو كنت رساما لرسمت الأطفال .

22- : أتجنب محاولة تعلم أشياء جديدة ، عندما تبدو لي جد صعبة .

23- : الفشل يحثني على بذل المزيد من المجهودات من جديد .

24- : لا أحسن ظبط نفسي في المناسابات الإجتماعية .

25- : أحب كثيرا ركوب الخيل .

26- : لا أثق في قدرتي على أداء الأشياء .

27- : أنا شخص كثير الاعتماد على نفسه .

28- : أكتسب أصدقائي من خلال قدراتي الخاصة على تكوين الصداقات .

29- : لا أشعر بالقدرة الكافية على التعامل مع معظم المشاكل التي أتلقاها في الحياة .

اختبار المقاومة أو قائمة طرق المقاومة :

(WAYS COPING CHECKLIST (W.C.C))

*** العامل الاول : (الهروب من الحياة اليومية)**

1 - تميل الى التفكير في كل ما هو رائع وغير واقعي ،وهو الشيىء الذي يبعث فيك الاحساس بالراحة .

2 -تغوص في أحلام اليقظة بتخيلك للوضعيات المريحة .

3 -لديك رغبة في تغيير الاشياء ،وقدرة على تصور الكيفية التي تمكنك من تغييرها .

4 -تتحدث إلى نفسك حول الاشياء والمواضيع التي تبعث فيك مشاعر الارتياح.

5 -تتمنى حدوث معجزة بشأن الوضعيات الصعبة التي تصادفك .

6 -تحاول إشعار نفسك بإحساس جيد : بالاكل الجيد ،التدخين أو المهدئات.

7 -تفضل انتظار ما سيحدث .

8 -تحاول نسيان كل شيء يبعث فيك الإحساس بالتوتر والإنفعال .

9 -تنام أكثر من العادة .

10 -تتمنى أن تكون أقوى وأكثر تفاؤلا .

11 -تتمنى تغير الوضعية التي أنت عليها .

12 -تميل إلى الهروب من الوضعية ،وترفض التصدي لها بجدية .

13 -تعتقد بأنه مع الوقت ستتغير الأشياء وما عليك إلا الإنتظار .

14 -تفكيرك السيء يجعلك دوما في مشاكل .

15 -تحاول الإبتعاد عن الوضعية بأخذ راحة أو عطلة .

16 -ترفض التسليم بالأمر الواقع .

17 -تميل إلى الإستهزاء من الوضعية التي تبعث فيك الإحساس بالتوتر .

* العامل الثاني : (التقبلات) :

1 -تميل إلىوضع حل وسط للوضعية ، للخروج بأشياء إيجابية .

2 -تقبل بالشيء الأفضل لتحقق ما تريد .

3 -تأخذ بالأشياء كلها في مرحلة واحدة وفي نفس الوقت أيضا .

4 -تتمتع برؤية إيجابية للأشياء .

5 -ترفض الإنسياق مع الأحداث ،حتى لا تشغل كل اهتماماتك ، وترفض التفكير الكثير في تلك الأحداث

6 -تتجه إلى استعادة نشاطك أو إلى القيام بنشاطات بديلة حتى تنشغل عن التفكير في أشياء أخرى .

7 -تميل إلى جعل الاخرين يدفعون ثمن الأمر السيء الذي وقع لك .

8 -تتقبل تفهم وتعاطف الاخرين معك .

9 -تعترف بوجود جوانب إيجابية في الوضعية .

10 - تتقبل ما سوف يحدث لك .

11 -تميل إلى العزلة وتجنب الأشخاص بصفة عامة .

12 -تميل إلى المغامرة والمخاطرة .

* العامل الثالث : (البحث عن المساعدة لمشاكل ظاهرة):

1 -تعتقد بأن تغيير بعض الأشياء في الوضعية قد يكون غير مناسب ،وقد يؤدي إلى تغيير مسار الوضعية نفسها .

2 -تؤمن بفكرة مسؤولية الفرد في تغييره لأفكاره .

3 -تحبذ التحدث مع من يتفهم الوضع أكثر .

4 -تحبذ التحدث مع من يستطيع مد يد المساعدة بشكل فعلي .

5 -لديك قدرة على الخروج بحلول مختلفة للمشاكل التي تعترضك .

6 -تدرك جيدا المطلوب منك ،وتتجه إلى مضاعفة مجهوداتك .

7 -تحرص على الحفاظ على المبادىء وتكافح من أجل الحصول على ما تريد .

8 -تطلب المساعدة من المختصين وتعمل بما ينصحونك به .

9 -تغضب من الأشياء أو من الأشخاص الذين يسببون لك المشاكل .

10 -تضع مخططا للعمل ثم تنفذه .

11 -تركز على ما ستفعله في المرحلة الموالية .

12 -تركز على التجارب الماضية في التخطيط للمستقبل .

13 -تطلب رأي إنسان تحترمه ، ثم تتبعه .

14 -تعتقد بأن الوقت سيغير الأشياء ، وما عليك إلا الإنتظار .

*العامل الرابع : (التحفظات) :

1 -تحاول منع الأخرين من الإطلاع على عيوبك ومساوئك .

2 -تحتفظ بأحاسيسك لنفسك .

3 -تتميز بعدم النرفزة ، ولديك قدرة على الإحتفاظ بهدوئك .

4 -لا تنساق مع الأشياء وترفض التفكير الكثير فيها .

5 -تفضل التكلم مع من يستطيع تقديم يد العون .

6 -تفضل التكلم مع من يتفهم الوضع جيدا .

7 -تطلب رأي شخص تقدره وتحترمه ، وتتبعه .

8 -تعبر عن أحاسيسك بطريقة أو بأخرى .

9 -لديك شخص معين تطلعه على عواطفك واهتماماتك .

*العامل الخامس (توبيخ الذات) :

1 -تميل إلى النقد الذاتي .

2 -تشعر بأنك غير قادر على تجنب المشاكل .

3 -توبخ نفسك باستمرار .

4 -تشعر بأنك المسؤول الأول والأخير عن مشاكلك .

5 -تذهب بتفكيرك إلى جوهر المشاكل لتحاول فهمها أكثر .

6 -تتمنى أن تكون شخصا قويا متفائلا .

7 -تتمنى تغيير ما حدث لك .

8 -تتقبل أحاسيسك وانفعالاتك القوية ، ولكنك تفصلها عن الأشياء الأخرى .

9 -تتعرف على حقيقة المشكل ، وتتصرف معه ببساطة .

<u>* العامل السادس : (النمو) :</u>

1 -تؤمن بفكرة وجود بعض الحقائق الفعلية والمهمة في الحياة .

2 -تعتقد بأنك قادر على أن تتغير وتنمو كفرد عادي .

3 -تلجأ إلى القيام بأشياء جديدة تفرضها عليك الوضعية التي أنت عليها .

4 -تتجه نحو إعادة اكتشاف جوانب الحياة وفرصها المختلفة .

5 -تتمنى أن تبدع وتبتكر شيئا جديدا .

6 -تؤمن بأن الوضعية التي أنت عليها هي تجربة بالنسبة لك ، وهي أيضا فرصة تمكنك من التوصل إلى حقائق جديدة ومهمة في الحياة .

7 -يمكنك الإستفادة من الأشياء الجزئية الجيدة التي تتفرع من الوضعية ككل .